



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**GESTÃO DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS NUM
INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA:
AVALIAÇÃO DE RISCO CLÍNICO**

Sara Isabel Guerrilha Martins

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**GESTÃO DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS NUM
INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA:
AVALIAÇÃO DE RISCO CLÍNICO**

Sara Isabel Guerrilha Martins



Orientador: Professor Doutor António Jorge Soares Antunes Nabais



**Lisboa
2020**

Crescer é por natureza um ato agressivo.

Winnicott

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Nabais, pela orientação, disponibilidade, momentos de reflexão e clarividência que balizou o meu percurso até aqui.

Aos Enfermeiros Orientadores, pela transmissão de um Olhar de Excelência no Cuidar em Enfermagem.

Aos Clientes que confiaram em mim, nos meus cuidados, colaborando para a minha aprendizagem, enquanto Pessoa e Profissional.

Aos meus pais, pela compreensão, força e apoio incondicional constante.

Aos meus amigos, que ajudaram a moderar o *stress* em momentos críticos.

Ao meu animal de estimação, por ter suportado tanto tempo de ausência da minha pessoa.

O meu sincero e eterno Obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AR – Avaliação de Risco

ARC – Avaliação de Risco Clínico

AVD's – Atividades de Vida Diária

CAL - Comportamentos auto-lesivos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

EC – Ensino Clínico

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

GP – Grupo de pares

IG – Imaginação Guiada

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

RC – Risco Clínico

r/c – relacionado com

RCEESMP - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

SC – Supervisão Clínica

SIC – segundo informação do Cliente

SM – Saúde Mental

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

SPPSM - Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

WHO - World Health Organization

RESUMO

O seguinte relatório visa documentar a minha experiência e evolução profissional no desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito do Curso de Mestrado na Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Paralelamente, apresento como missão, explorar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, na gestão de comportamentos agressivos num internamento em Psiquiatria, no âmbito da Avaliação de Risco Clínico.

Englobado em dois módulos, enquadramento concetual e metodológico, ao longo da sua leitura, exponho as principais atividades realizadas no meu percurso, fundamentadas no conhecimento científico e experiencial, que me conduziram à concretização dos meus objetivos.

No que confere aos campos de estágio, estes prenderam-se num Serviço de Psiquiatria com crianças e adolescentes, o principal palco de intervenção, e no Hospital de Dia de Psiquiatria com adolescentes e adultos.

À medida que se avança na leitura deste trabalho, são descortinadas as questões ao nível dos comportamentos agressivos, como parte integrante do Ser Humano, e as principais intervenções do enfermeiro na sua gestão. Como a base para a construção de todas as intervenções em enfermagem é a relação terapêutica, apresento a discussão e reflexão de alguns casos clínicos, aquando das minhas intervenções, com o Cliente.

A população-alvo incidiu no adolescente e no adulto, no entanto, com contacto mais prolongado com o adolescente, pelo que a metodologia selecionada foi assente na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que enquadram este estádio da adolescência, em processos de transição, que podem ser geradores de sofrimento/conflito.

A Avaliação de Risco Clínico surgiu como um instrumento fundamental no planeamento de intervenções de enfermagem e como promotor de sucesso no restabelecimento da Saúde Mental para o Cliente.

Palavras-Chave: Cliente; Adolescência; Enfermagem de Saúde Mental; Comportamentos Agressivos; Avaliação de Risco Clínico.

ABSTRACT

The following report aims to document my experience and professional evolution in the development of the Skills of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry, within the scope of the Master's Course in the Area of Specialty in Mental Health Nursing and Psychiatry. At the same time, I present as a mission, to explore the intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry, in the management of aggressive behaviors in a psychiatric hospital, within the scope of the Clinical Risk Assessment.

Included in two modules, conceptual and methodological framework, throughout its reading, I expose the main activities carried out on my path, based on scientific and experiential knowledge, which leads me to the achievement of my goals.

As far as the internship fields are concerned, they were held in a Psychiatry Service with children and adolescents, the main intervention stage, and in the Psychiatry Day Hospital with adolescents and adults.

As the reading of this work progresses, questions of aggressive behavior are revealed, as an integral part of the Human Being, and the main interventions of nurses in their management. As the basis for the construction of all nursing interventions is the therapeutic relationship, I present the discussion and reflection of some clinical cases, during my interventions, with the Client.

The target population focused on the teenager and the adult, however, with more prolonged contact with the teenager, so the selected methodology was based on the Theory of Transitions by Afaf Meleis, which frame this stage of adolescence, in transition processes, which they can generate suffering / conflict.

The Clinical Risk Assessment emerged as a fundamental instrument in the planning of more individualized nursing interventions and as a promoter of success in the restoration of Mental Health for the Client.

Key words: Client; Adolescence; Nursing interventions; Aggressive Behaviors; Clinical Risk Assessment.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. A agressividade e a violência	14
1.2. Fatores que influenciam os comportamentos agressivos	15
1.3. A adolescência e os comportamentos agressivos	17
1.3.1. Intervenções de enfermagem	20
1.4. Avaliação do Risco Clínico	23
1.4.1. Indicadores da Avaliação de Risco Clínico	25
1.5. Teoria das Transições de Afaf Meleis e os comportamentos agressivos	27
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	29
2.1. Contexto Hospitalar e atividades desenvolvidas	30
2.1.1. Caracterização do contexto	30
2.1.2. Análise da Avaliação de Risco Clínico	31
2.1.3. Participação em reuniões com a equipa multidisciplinar	33
2.1.4. Jornais de Aprendizagem	34
2.1.5. Arte de Brincar	36
2.1.6. Intervenção em grupo com atividades psicoterapêuticas	37
2.1.7. Sessões de relaxamento	39
2.1.8. Sessão de expressão dramática	42
2.1.9. Intervenção de cariz individual	44
2.1.10. Elaboração de um estudo de caso	48
2.2. Contexto Comunitário e atividades desenvolvidas	51
2.2.1. Caracterização do contexto	51
2.2.2. Intervenção em grupo na comunidade com atividades psicoterapêuticas e socioterapêuticas	52
2.2.3. Sessões de Psicoeducação	54
2.2.4. Consulta externa em serviço de ambulatório	56
3. LIMITAÇÕES DO PROJETO	57
4. CONCLUSÃO	59

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Cronograma

APÊNDICE 2 - Avaliação do Risco Clínico a seis jovens

APÊNDICE 3 - Grelha de registos de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

APÊNDICE 4 - Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Imaginação Guiada

APÊNDICE 5 - Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

APÊNDICE 6 - Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Expressão dramática

APÊNDICE 7 - Técnicas de Intervenções Psicoterapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Psicoeducação

APÊNDICE 8 - Técnica de Intervenção Socioterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Estimulação Cognitiva

ANEXOS

ANEXO 1 - Instrumento de Avaliação de Risco Clínico

ANEXO 2 - Declaração de Ação de formação em contexto de ensino clínico

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Barreiras e fatores facilitadores ao uso da técnica de-escalação	21
Quadro 2 - Tipos de contenção	22
Quadro 3 - Exemplo de uma ARC do jovem no início do mês de Outubro de 2019	51
Quadro 4 - Exemplo de uma ARC do jovem no fim do mês de Outubro de 2019	51

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - Otimização do espaço para realização da técnica 40
psicoterapêutica no âmbito do relaxamento.

Imagem 2 - Máscara “Chita” realizada por jovem com diagnóstico clínico de 43
PCA.

Imagem 3 - Máscara “Porco” realizada por jovem com diagnóstico clínico 43
de PCA.

Imagem 4 - Tela pintada por jovem internada, em contexto de uso de um 48
mediador expressivo.

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio visa a obtenção do título de Mestrado em Enfermagem, em Especialização na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP), refletindo o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Apresenta-se como um projeto de intervenção em ESMP, recorrendo a metodologia de caráter científico.

O EESMP¹ assume um papel fundamental no tratamento e prevenção de perturbações psiquiátricas, tanto a nível ambulatorio, como em internamento (SPPSM, 2019). Ao longo deste percurso de ensino clínico (EC) e à luz das competências do EESMP, explorei conhecimentos ao nível da importância da Avaliação de Risco Clínico (ARC), na gestão de comportamentos agressivos, na pessoa em situação de sofrimento mental, uma vez que surge como uma realidade existente nos Serviços de Psiquiatria.

O presente projeto iniciou-se a partir da questão de partida “Quais as intervenções do EESMP na gestão de comportamentos agressivos, através da ARC, num internamento de Psiquiatria?”, surgindo, assim, a necessidade em assegurar a ARC, contemplando indicadores de risco clínico (RC), na prática de enfermagem, em contexto de EC.

Tendo como base os dados recolhidos junto de 41 dos 53 países que integram a Organização Mundial da Saúde (OMS) Região Europa, no que respeita à violência interpessoal, foram apurados os seguintes dados (Direção Geral da Saúde (DGS), 2016):

- No ano de 2012, cerca de 35000 pessoas foram vítimas de homicídio;
- Por cada homicídio, 43 pessoas são admitidas nos hospitais e 262 recorrem a serviços de urgência por motivos de violência, necessitando de cuidados;

¹ “O EESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018, p. 21427).

- Dezenas a centenas de milhões de indivíduos na região Europa são afetados por violência interpessoal, não fatal;
- A violência entre os jovens é a terceira causa de morte (mais de 12 mil mortes/ano).

No setor da saúde, mais concretamente, num hospital, um estudo revela que 37% dos profissionais já sofreram pelo menos um episódio de violência nos últimos 12 meses, sendo que num centro de saúde mental na comunidade encontrou-se uma percentagem de 78% (DGS, 2020). Salienta-se que desde 2017 tem sido crescente o número de notificações por violência contra profissionais de saúde (em 2017 com 593; em 2018 com 953 e em 2019 com 995). Mais atualmente, num hospital público em Portugal, foram questionados 38 trabalhadores, tendo sido identificados 41 episódios de violência reportados, que apenas foram notificados por 23,8% das vítimas (DGS, 2020).

O enfermeiro avalia o comportamento do cliente, monitoriza as suas emoções e sentimentos, mobilizando a capacidade de identificar quando o mesmo circunscreve situações de hostilidade, raiva e violência (OE, 2018). Tendo em conta a existência de episódios de agressividade e violência na população, torna-se imprescindível, o planeamento de intervenções perante comportamentos agressivos, tal como, compreender-se qual a expressão da ARC na elaboração do plano individual de cuidados em enfermagem.

O EC decorreu, inicialmente, em contexto hospitalar, mais concretamente, num Serviço de internamento de Psiquiatria com crianças e adolescentes. Numa segunda fase, a fim de desenvolver competências de EESMP, a nível da comunidade, foi realizado estágio num Hospital de Dia de Psiquiatria com adolescentes e adultos. A população abrangida foi, predominantemente, adolescentes. O adolescente, que procura um equilíbrio relacional, a necessidade de afirmação e autonomia, consegue atingi-lo caso o seu crescimento seja marcado por relações consistentes e de referência. Quando tal não acontece, o mesmo, pode encontrar na sua dinâmica emocional, a dependência, submissão, desinvestimento de si ou dos outros, ou, a auto ou hétero agressividade (SPAT, 2013).

Partindo do pressuposto que o comportamento agressivo condiciona a relação terapêutica, uma das metas a que me propus consistiu no desenvolvimento

de estratégias de gestão de comportamentos agressivos e planeamento de intervenções de enfermagem adequadas à pessoa, no meu local de estágio, recorrendo à ARC. Assim, foi delineado o seguinte **objetivo geral**:

- Desenvolver competências de EESMP na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com comportamentos agressivos, no âmbito da Avaliação do Risco Clínico.

Quanto à estrutura do presente relatório, é constituído por dois capítulos distintos: o enquadramento concetual, onde emergem os principais conceitos, essenciais para compreensão e contextualização da problemática; e o enquadramento metodológico, onde as etapas realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos, como opções metodológicas, são exploradas e refletidas.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. A agressividade e a violência

O enfermeiro, como profissional de saúde, lida diretamente com comportamentos agressivos. Enquanto cuidador, presta cuidados não só à pessoa que apresenta o papel de agressor, como ao agredido, a vítima, não só na perspectiva física dos danos causados, mas também a nível psicológico e emocional.

A agressividade é uma característica inerente e vital à espécie, mesmo na própria sobrevivência. A mesma determina um processo de afirmação pessoal, de construção de identidade e, pode ser um motor para conferir espaço pessoal, diferenciação, estabelecer uma ordem entre pares ou gerações. Ou seja, se a agressividade for bem gerida e dirigida pode funcionar como um arranque organizador biológico, psicológico, regulador social e cultural (DGS, 2016). Corroborando tal ideia, segundo Townsend (2011), a sensação de raiva, estado emocional que pode oscilar entre irritação e fúria, não é necessariamente uma expressão negativa, mas sim uma emoção humana normal e, saber lidar com a mesma, pode impulsionar-nos a resolver problemas de forma positiva.

A agressividade é um comportamento ameaçador suscetível de ferir a segurança ou auto-estima de alguém. O comportamento agressivo faz-se notar quando se apresenta com um ar de superioridade, voz de tom alto, exigente, zangado, contato visual intimidatório e, deste modo, aumentando o seu sentimento de poder dominando, ou humilhando o outro. O comportamento agressivo, por apresentar esta natureza, acarreta um grande prejuízo para as relações interpessoais (Townsend, 2011).

A violência, hoje em dia, não é aceitável considerar-se como parte da condição humana, constituindo um conjunto de comportamentos reprováveis e condenáveis. Neste sentido, na sociedade atual, existem formas de violência menos visíveis, tais como violência da esfera familiar, laboral, escolar (DGS, 2016).

Segundo o Parecer nº 226/2009, do Conselho de Enfermagem, com base em Lourenço e Lisboa (1992), esclarece que a violência é perspectivada como uma transgressão aos sistemas de normas e de valores que se reportam a cada momento social historicamente definido e como uma agressão à integridade da

pessoa. No entanto, a agressão não é sempre manifestada por movimentos evidentes, mas pode existir no conteúdo de uma fantasia, ou sonho, ou ainda num plano bem pensado de vingança (Dollard et al., 1998). Tal como explicam Kaplan, Sadock & Grebb (2003), uma pessoa pode ter pensamentos ou fantasias violentas mas, a menos que perca o controle, não os coloca em prática. No entanto, qualquer conjunto de condições que produzam maiores impulsos agressivos no contexto e um controle diminuído podem produzir atos violentos.

A violência consiste no uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si, contra outra pessoa ou contra um grupo/comunidade, que resulte, ou possa resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação (WHO, 1996).

Atendendo à natureza da violência, a mesma pode englobar atos violentos de natureza física, psicológica, sexual, comportamentos suicidas e outras formas de agressão autodirigida, para além de questões relacionadas com a negligência ou atos de omissão. Quanto à sua tipologia podem, então, nomear-se a violência autodirigida (atos suicidas ou comportamentos auto-lesivos (CAL)), violência interpessoal e violência coletiva (DGS, 2016).

1.2. Fatores que influenciam os comportamentos agressivos

Cabe ao EESMP avaliar a resposta comportamental da pessoa, sendo um dos padrões de comportamento ao qual se está sempre atento. A agressividade contempla três fases: fase de relativa normalidade², fase de pré-agressão e fase de ataque da agressividade (Townsend, 2011).

É com frequência que o enfermeiro está atento à forma como a pessoa se exprime, à comunicação verbal e não-verbal³, à sua voz, postura corporal, contato visual, expressão facial, constituindo estes últimos, os sinais que traduzem uma determinada resposta comportamental. Assim sendo, o tipo de comunicação, nomeadamente, assertiva⁴, ou agressiva⁵ é importante ter em consideração.

² A intervenção de enfermagem foca-se sobretudo na observação do Cliente, identificando sinais potenciais de agressividade através do seu comportamento e comunicação (Townsend, 2011).

³ É atribuída a 70% da mensagem que transmitimos (Neeb, 2000).

⁴ Implica o próprio e a expressão de pensamentos e sentimentos com autenticidade (Neeb, 2000).

⁵ Implica não haver auto-responsabilização e tem por objetivo ofender o outro; é uma forma de utilização do mecanismo de defesa de projeção ou culpabilização, tentando responsabilizar o outro (Neeb, 2000).

Também a resposta comportamental na pessoa pode manifestar-se por vários padrões: não assertivo, assertivo, agressivo ou passivo-agressivo. Deste modo, constituem alguns sinais de alarme para a agressividade, a postura corporal e facial tensas, agitação psicomotora, ameaças físicas/verbais, tom de voz elevado e olhar fixo (Neeb, 2000; Townsend, 2011).

Existem perspetivas teóricas sobre a agressão, sendo influenciada por determinantes sociais, ambientais, situacionais e genéticos. Relativamente aos determinantes sociais salienta-se que, há tendência para a agressividade, quando o indivíduo está sob provocação direta pelo outro, quando se encontra exposto a modelos agressivos, ou sente frustração (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017). Durante o EC, principalmente junto da população adolescente, foram observados comportamentos que manifestavam frustração⁶. Esta foi uma fonte externa de impulso, comum, que quando impossível de ser eliminada ou apresentada baixa tolerância à mesma, por vezes, conduziu a um comportamento agressivo.

Assim, quando o organismo está perante um estímulo perturbador, fica em estado de alerta e manifesta um conjunto de reações (fisiológicas, hormonais, neurológicas) com o objetivo de desencadear um estado de fuga ou de ataque a fim de restabelecer o equilíbrio interno (Chalifour, 2008). A agressão, podendo ser consequência da frustração, pode ser direcionada a um objeto que é percebido como causador da mesma, ou pode ser deslocado para alguma fonte inocente ou mesmo para si próprio; ocorre quando se rompe o equilíbrio entre os impulsos e o controle externo (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003; Dollard, Miller, Doob, Mower & Seers, 1998). Em complementaridade com este conceito, DGS (2016), explica que sempre que a agressividade não permite que a interação com o meio se processe de forma equilibrada, podem apresentar-se formas de expressão do comportamento que consubstanciam violência.

O meio físico num serviço de internamento (determinante ambiental) pode ter uma influência para a presença de comportamentos agressivos. Questões como o ruído, pode ser um fator precipitante para a violência (Welsh, Bader & Evans, 2013).

Existe uma relação entre o ambiente onde o Cliente se insere e a taxa resultante de agressão (Welsh, Bader & Evans, 2013). O ambiente, que atua

⁶ Collette (1979, p.190), citado por Chalifour (2008, p.94), define **frustração** como um “conjunto de mecanismos e de processos pelos quais a satisfação de uma necessidade ou uma motivação é bloqueada ou contrariada devido à presença de um obstáculo ou uma barreira.”

diretamente sob o comportamento, é uma das áreas sobre as quais os enfermeiros podem exercer algum controlo - o ambiente terapêutico. Na terminologia de saúde mental (SM), este ambiente terapêutico é designado por *milieu*⁷.

O ambiente terapêutico oferece, assim, condições para se promover um contato terapêutico na relação enfermeiro/Cliente, pois o mesmo deve ser seguro e confortável (Neeb, 2000)⁸. Os enfermeiros detêm a autonomia para a gestão do ambiente terapêutico, tendo verificado que, no Serviço de Internamento de Psiquiatria, houveram situações em que o ambiente apresentava-se comprometido, fruto de conflitos entre jovens no mesmo espaço, sendo necessário efetuar mudanças no mesmo, garantindo que o plano terapêutico de um determinado jovem não fosse posto em causa.

Torna-se importante adotar estratégias para modificar estas variáveis ambientais para gerir e reduzir a agressividade. Para o desenvolvimento das mesmas, o conhecimento dos fatores de risco baseados em evidências para o comportamento agressivo são pertinentes podendo ser fatores de risco pessoais e ambientais (Hage, Meijel, Fluttert & Berden, 2009). Para conhecer outros fatores de risco que influenciam o ambiente terapêutico, designadamente, os comportamentais, deve ser feita, idealmente, uma ARC do utente. O ambiente que se cria entre os Clientes, a forma como interagem entre si, pode ser uma influência negativa. Alguns sentem-se menos seguros quando um comportamento de um par é ameaçador, sendo que uma situação individual pode transformar-se numa dinâmica de grupo desafiadora, se não for gerida de forma adequada (Chizh, 2015).

A baixa adesão terapêutica pelo Cliente também podem conduzir a comportamentos agressivos (Chizh, 2015). Deste modo, o enfermeiro deve avaliar e incentivar o Cliente a aderir ao seu projeto terapêutico.

1.3. A adolescência e os comportamentos agressivos

O adolescente é, simultaneamente, uma criança e um adulto. Porém, na realidade, ele já não é uma criança, e ainda não é um adulto (Marcelli & Braconier, 2005). Esta ambivalência, como um duplo movimento de negação – a da infância, e

⁷ “(...) cenário que proporcionará segurança e ajuda durante a estadia do doente na instituição (...) pretende associar o ambiente social e o ambiente terapêutico” (Neeb, p.40, 2000).

⁸ O enfermeiro pode conferir ao Cliente a escolha do local/espço para a realização da sua terapia, onde se sinta mais confortável. Outro exemplo é a mudança de quarto, se se justificar (Neeb, 2000).

a procura dum estatuto adulto estável - traduz-se no processo psíquico tão característico na adolescência. Referenciando Erikson (1968/1972), o desenvolvimento na adolescência é caracterizado pela formação de uma identidade e de um sentido de *self*. Atendendo às características biológicas e psicossociais apresentam elevada variabilidade e diversidade nesta fase, sendo que a idade cronológica não é o melhor critério para descrever e delimitar esta fase (Eisenstein, 2005).

É conhecido que a base para uma boa SM é definida nos primeiros anos da infância e adolescência (WHO, 2010), pois nesta fase existe uma revolução no equilíbrio psíquico, aparentemente estabelecido na fase de latência. Observa-se, assim, neste período, comportamentos de origem pessoal e interpessoal, pela reorganização das relações com os amigos, os pais, com o seu corpo ou consigo mesmo. Consequentemente, no campo psicopatológico apresenta-se uma ténue fronteira entre a instabilidade normal na adolescência e os aspetos clínicos (Coimbra de Matos, 2002). De um modo geral, o adolescente e respetivos pais conseguem ultrapassar estas transições de desenvolvimento com sucesso, no entanto, quando tal não acontece, pode ter como causa transtornos mentais no adolescente, nos pais, ou em ambos.

O adolescente pode apresentar comportamento delinquente, rebeldia e fracasso académico, também, sendo comuns, os comportamentos hétero e auto agressivos, contribuindo para a desarmonia no seio familiar (Tremblay, Masse, Perron, Leblanc, Shwartzman & Ledingham, 1992; SPAT, 2013; Sadock, Sadock & Ruiz, 2017).

O Bullying poderá estar envolvido várias vezes no percurso escolar dos jovens. Quem vivencia este processo, encontra-se em risco significativo de experienciar um amplo espectro de sintomas psicossomáticos, fugas de casa, abuso de álcool e substâncias, absentismo escolar ou comportamentos auto-lesivos (CAL), pelo que podem prolongar-se até à fase adulta⁹. As consequências daí decorrentes podem gerar perturbações psicológicas, entre as quais, o isolamento social e o suicídio. Todos estes dados constituem indicadores para determinar o RC, num

⁹Cerca de 20% dos adolescentes apresentam transtornos de ansiedade e depressivos. Existem pressupostos que demonstram que o comportamento disruptivo precoce influencia diretamente, mais tarde, o comportamento delinquente no sexo masculino (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017); Crianças que sofrem rejeição, negligência, abuso sexual, ou que testemunham episódios de violência em casa ou na comunidade apresentam maior risco de envolver-se em comportamentos agressivos e anti-sociais num estádio mais avançados do desenvolvimento, inclusive em condutas violentas, na fase adulta (WHO, 2014).

Serviço de Psiquiatria. Neste sentido, existe evidência de uma associação significativa entre comportamento de Bullying na infância e morbidade psiquiátrica posterior (WHO, UNODC & UNDP, 2014).

Para os adolescentes, enquanto um autoconceito positivo e otimismo podem atuar como fatores protetores para a agressão e a depressão, um autoconceito negativo e pouco otimismo podem ser entendidos como riscos (Kassis, Artz, Maurovic & Simões, 2018).

No ano de 2018, foi realizado um estudo a nível nacional, em que 22,8% dos jovens adolescentes assumem terem sido violentos e ter participado em lutas, principalmente, no contexto escolar. Também, 19,6% dos adolescentes, que frequentavam o 8º e 10º ano de escolaridade referiram ter CAL, pelo menos uma vez, sendo que, dos mesmos, 58,7% referiram ter-se magoado nos braços (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

A influência na SM da criança está dependente de vários fatores, tais como, o seu desenvolvimento, o desempenho das funções parentais e a relação pais/criança. Neste sentido, as relações estabelecidas entre os diferentes elementos da família são diversas, carecendo da necessidade da avaliação do processo familiar por parte dos profissionais de saúde para ser elaborado um diagnóstico correto e implementarem-se as devidas intervenções. As situações de crise familiar podem ter origem tanto no adolescente, como pelos seus familiares. Assim, estas dificuldades psicológicas inerentes aos adolescentes estão associadas a variados indícios de distúrbios familiares¹⁰ (Marcelli e Braconnier, 2005).

Nos Serviços de Urgência nem sempre é feita uma triagem eficaz da possibilidade de doença psiquiátrica no Cliente, a menos que o mesmo apresente como queixas principais, sintomas do foro mental. De acordo com um estudo (Ranney, Bromberg, Hozey, Casper, Mello, Spirito & Linakis, 2018), a forte correlação entre sofrimento psíquico e classes crescentes de comportamentos problemáticos pode ser útil para orientar decisões sobre a triagem de adolescentes por sofrimento psicológico. O risco mais alto na adolescência, com altos índices de agressão entre pares e uso de drogas e álcool, relataram um sofrimento psicológico

¹⁰ Divórcio, doença mental parental, instabilidade dos pais, a morte de um progenitor, entre outros. Relativamente à perda do progenitor, constitui um elevado fator de risco no desenvolvimento podendo conduzir a desvios no processo de crescimento e, quanto mais próximo do período da adolescência ocorre, maior o trauma psíquico (Marcelli e Braconnier, 2005).

significativamente mais alto, especificamente, relatando sentirem-se mais "nervosos". Os resultados mostram que é mais provável que o sofrimento psicológico seja identificado entre os adolescentes que apresentaram este histórico. Neste sentido, torna-se fulcral, ser trabalhado, no futuro, como operacionalizar uma triagem direcionada aos jovens com comportamentos problemáticos e sofrimento psicológico¹¹ e, deste modo, poder identificar-se estratégias viáveis e eficazes no encaminhamento e intervenção. Posto isto, não deve ser descurada a importância de investigar no jovem, se tem história de agressão, uso de álcool e substâncias, por sofrimento psicológico, ou vice-versa.

Nesta ordem de ideias, fazem parte das conclusões do Plano Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017), aumentar os cuidados e serviços na área da saúde mental, designadamente, para crianças e adolescentes¹².

Neste momento, em Portugal, apenas existem três Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental na Infância e Adolescência, com capacidade para internamento. Encontram-se localizados em Coimbra, Porto e Lisboa. As restantes unidades em Portugal são para situações de ambulatório.

1.3.1. Intervenções de enfermagem

Os comportamentos agressivos são prevalentes em Serviços de internamento de Psiquiatria, nomeadamente, onde desenvolvi o estágio hospitalar. Existem taxas mais elevadas de violência em unidades de internamento de doentes em fase aguda ao invés de crónica, uma vez que, as primeiras apresentam doentes mais sintomáticos (Welsh, Bader & Evans, 2013).

A necessidade de ajuda, neste caso, surge em circunstâncias em que a pessoa não consegue interagir de modo satisfatório com o seu ambiente físico ou humano de modo a responder às suas necessidades e, simultaneamente, respeitando as exigências do ambiente envolvente (Chalifour, 2008). A técnica de de-escalação é uma intervenção de 1ª linha usada na primeira fase, recomendada para a gestão da agressividade em ambientes de SM, internacionalmente, porém, o

¹¹ O que perguntar e como perguntar, identificar quais são as barreiras à implementação, como a falta de tempo, a falta de medidas para dar resposta a problemas de saúde mental, a falta de recursos na comunidade (Ranney, *et al*, 2018).

¹² Objetivos para 2020: apoiar a criação de quinhentos lugares para crianças/adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e realizar cerca de trinta ações de promoção da saúde mental e prevenção das doenças mentais (DGS, 2017).

uso das práticas restritivas de risco maior permanecem. Tal indica-nos que a técnica de de-escalação não é usada na frequência ideal e/ou existem fatores importantes que limitam o seu uso e efeito, por isso, é necessário entender a equipa, o Cliente e os fatores ambientais que podem influenciar o seu uso e eficácia (Price, Baker, Bee, Grundy, Scott, Butler & Lovell, 2018). De acordo com este estudo, investigaram-se as perspetivas dos Clientes, acerca das barreiras ao uso da técnica de-escalação e também os fatores que facilitam o seu uso, em ambientes de SM.

Barreiras	Facilitadores
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escassa reflexão sobre a cultura e prática em relação a práticas restritivas (usadas para manter o domínio / controle dentro da equipa); ✓ Atitudes hierárquicas; ✓ Falta de compreensão psicológica da agressão do Cliente e que este deve apenas cumprir regras; ✓ Distância social na relação com o Cliente; ✓ Respostas reativas ao estado emocional do mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tolerância à agressividade; ✓ Intervenções que promovem a autonomia / tomada de decisão dos Clientes agressivos; ✓ Flexibilidade das regras; ✓ Menor distância social na relação equipa-Cliente; ✓ Relações / comportamentos autênticos em resposta à agressão; ✓ Respostas proativas aos estados emocionais dos Clientes; ✓ Presença de um ambiente físico com várias áreas e atividades de distração que permitam a de-escalação.

Quadro 1: Barreiras e fatores facilitadores ao uso da técnica de-escalação (Price, Baker, Bee, Grundy, Scott, Butler & Lovell, 2018)

Assim, sendo, é improvável que a técnica de de-escalação seja aprimorada sem antes se refletir sobre estes fatores. Deste modo, a perspetiva e narrativas dos Clientes fornecem uma fonte única de aprendizagem para os profissionais de saúde, permitindo que reflitam acerca dos seus comportamentos individuais.

A técnica de-escalação está bastante presente no Serviço de Psiquiatria com crianças e adolescentes. Esta técnica apresenta-se fomentada como sendo de primeira linha, a usada pelos enfermeiros, com algum sucesso. Quando tal técnica não é eficaz, e o Cliente se encontra em fase de ataque (terceira e última fase da agressividade), na qual existe uma manifestação de um comportamento agressivo (Townsend, 2011), cabe à equipa de enfermagem realizar outros tipos de contenção: ambiental, física, mecânica e farmacológica (DGS, 2011). É de mencionar que no Serviço de internamento de Psiquiatria não existe indicação para contenção mecânica.

Tipos de contenção	
Contenção terapêutica	Consiste no controlo da atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados, melhorando a condição de saúde e a prevenção de complicações; Otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, assegurando o seu conforto e dignidade.
Contenção ambiental	Consiste em controlar a mobilidade do doente, recorrendo a uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica (SC).
Contenção física	Situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, restringindo o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.
Contenção química	Uso de medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.
Contenção mecânica	Uso de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.

Quadro 2: Tipos de contenção (DGS, 2011).

Não posso deixar de mencionar a importância da aliança terapêutica no processo terapêutico da pessoa, designadamente, do adolescente, tendo em conta as suas vivências e processos de transição. É um processo lento e progressivo que permite estabelecer uma relação de confiança, cooperação e empatia, disponibilizando a possibilidade do adolescente aceitar a intervenção para o auxiliar a superar as suas dificuldades e providenciar a contenção de vários sentimentos, nomeadamente, a agressividade. O estabelecimento de uma relação terapêutica com o Cliente e a sua família é uma intervenção de enfermagem fundamental e, para se obter mudanças estáveis e duradouras, deve ser um instrumento prolongado no tempo, concomitante com outros tratamentos (Nabais & Guerreiro, 2005).

A intervenção, em situação de crise, é classificada como uma psicoterapia breve e tem como objetivos principais a experiência emocional corretiva e a superação da crise. É dado espaço para se optarem por estratégias para alívio de sintomas e retorno ao estado de equilíbrio anterior (Leal, 2005).

Outra intervenção de enfermagem consiste na introdução de mediadores, nomeadamente, mediadores expressivos. O EESMP intervém como facilitador da compreensão interna, numa atitude interativa e não interpretativa. Esta integração visa a potenciação da resposta afetiva e a catarse¹³, facilitando a evocação de

¹³ A catarse é o “acto de purgação ou purificação”, ou a “eliminação de um complexo (problema), chamando-o ao consciente e facultando a sua expressão” (Neeb, 2000,p.156, referenciando Merriam-Webster, 1994).

eventos traumáticos, a expressão dos aspetos do *Self* que não são transmitidos verbalmente (SPAT, 2013).

1.4. Avaliação de Risco Clínico

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (RCEEEESMP), (2018, p. 21429), duas das várias intervenções do EESMP consistem em: “Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica” e “Gere as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, inicia e coordena cuidados de emergência efectivos”. Neste âmbito, na área da saúde mental e psiquiatria (SMP), deve existir uma preocupação em minimizar os riscos e manter uma segurança contínua. De forma a garantir-se estes requisitos, é importante haver uma abordagem sistemática para a segurança do Cliente ou de uma gestão organizacional. A investigação e o conhecimento acerca da segurança, na área da saúde, têm melhorado, porém, ainda existe uma falta de consciência destas questões, escassez de pesquisas e informações sobre o tema. A questão da segurança do Cliente, em cuidados de SM, exige uma análise mais aprofundada, especialmente no que diz respeito ao RC.

A gestão do risco em SM difere em vários aspetos da gestão de risco em cuidados de saúde clínicos gerais. A principal diferença está nas características dos Clientes com doença de SM que implicam riscos específicos (Briner & Manser, 2013). Deste modo, a importância da ARC é fundamental na situação de cuidados em ESMP. A pessoa está em constante interação com o ambiente e deste recebe estímulos externos, que, conjuntamente com estímulos internos pode submeter-se a frustrações, ameaças, conflitos, relativamente à satisfação dos seus desejos e necessidades. Perante esta necessidade de ajuda por parte da pessoa, o enfermeiro, para adaptar as suas intervenções às suas características, deve realizar uma avaliação de risco (AR), conhecendo, nomeadamente, o grau de integridade dos processos fisiológicos, afetivos, intelectuais, sociais da pessoa, como é o funcionamento entre os mesmos, que meios a pessoa utiliza para gerir o stress e quais as principais fontes de ameaça à sua integridade no seu ambiente.

Periodicamente, em confronto com a prática, durante o estágio de internamento hospitalar, verifiquei os diferentes comportamentos e motivos de internamento dos jovens admitidos; tal diversidade, conduz à necessidade de identificar estes fatores de risco, quer no momento da admissão, quer durante o internamento, até à alta clínica.

A gestão do risco é tão pertinente na medida em que permite conhecer antecipadamente a probabilidade (risco¹⁴) de um mau resultado (Fragata, 2006).

Atendendo à AR, esta consiste num processo que possibilita determinar o nível de gravidade dos riscos e assim estabelecer as prioridades e procedimentos para a sua gestão. O resultado da avaliação pode situar-se entre o alto risco e baixo risco (segundo procedimento setorial da instituição). Existem várias avaliações de risco em contexto clínico, tais como, as que incidem na segurança do medicamento, segurança transfusional, prevenção de quedas ou úlceras de pressão. Não menos importante, também existe a ARC na área de SMP, sendo mais dinâmica, que, por vezes, é desvalorizada. No passado, a ARC era inconsistente, baseada em informação obtida no momento da avaliação do cliente, porém sem sistematização ou registos dos diferentes riscos. Atualmente, a ARC foca-se num conjunto de indicadores previamente estudados (Maravilha, 2014). Segundo Department of Health (2009), um fator de risco é uma circunstância característica, ou pessoal, ligada a um evento negativo que facilita que o mesmo ocorra. Neste âmbito da gestão de risco em SM, os fatores de risco podem ser estáticos (história de suicídio), ou fatores dinâmicos (estado mental ou abuso de álcool). Como princípio básico, deve o profissional reconhecer que a redução do risco de automutilação, suicídio, autonegligência ou danos a outros, é um dever fundamental.

A ARC permite antecipar o risco, minimizar os danos para o doente ou para os outros, sendo que, perante a identificação de um incidente, as informações relevantes com risco para a integridade da pessoa ou de outros devem ser relatadas à equipa e documentadas, de forma a implementar ações de melhoria com vista a garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Neste prisma, a ARC é mais que um instrumento de colheita de dados; deve ser um procedimento fulcral na avaliação inicial do Cliente, constituindo um ponto de partida para desenvolver um planeamento de intervenções de enfermagem

¹⁴ “Por risco entende-se a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso” (Fragata, 2006, p.41).

individualizado e holístico, pois, segundo Sequeira (2006), para o enfermeiro, a pessoa é considerada na sua dimensão e vulnerabilidade. Não obstante, ainda existem diversas instituições de SM que não contemplam a ARC, não existindo nenhum instrumento em vigor nos contextos.

O uso da estratificação do risco e da sua ferramenta – *scores* de RC – permite antever resultados, atribuir recursos e comparar. De acordo com o preenchimento deste instrumento pelo enfermeiro, o mesmo entrevista a pessoa, podendo incluir familiares, pelo que é atribuído um *score* a cada um destes parâmetros (anexo 1). Desta forma, o RC para cada Cliente internado é definido durante a fase de avaliação diagnóstica através da sua história clínica e deste instrumento de avaliação, devendo de ser reavaliado durante o internamento.

Assim sendo, deverá surgir na equipa multidisciplinar uma preocupação em criar um ambiente de segurança, nomeadamente, prevenir a agressividade, que consiga conter estes comportamentos de risco. Uma boa gestão do risco em SMP está na base de uma relação positiva entre o profissional e os envolvidos na prestação de cuidados, favorecendo um clima de colaboração. Contudo, a ARC apresenta algumas limitações uma vez que tende a ignorar fatores de risco que não ocorrem comumente. Também por ser um instrumento mais associado a uma grande população não consegue determinar, com frequência, uma previsão acerca de um comportamento individual (Department of Health, 2009).

1.4.1. Indicadores da Avaliação de Risco Clínico

O instrumento de ARC no Serviço de Psiquiatria com crianças e adolescentes, em vigor, “Identificação de Fatores de Risco Clínico” (Anexo 1), com que me pude familiarizar, foi usado como recurso para avaliar o RC de um determinado jovem, ou consultar ARC anteriores. Este apresenta uma organização sistemática e avalia os principais indicadores de risco num jovem, nomeadamente, o risco suicidário, autoagressividade, violência, risco de fuga, risco de reações adversas à medicação e riscos associados a patologia orgânica.

O risco suicidário é o primeiro indicador que nos surge na ARC, pois, uma vez que existe uma elevada prevalência do suicídio e apresenta impacto na saúde

pública, é fundamental tomar consciência dos seus conceitos¹⁵. Os CAL estão diretamente relacionados com a ideação suicida e os mesmos também constituem um dos indicadores de ARC.

Os atos suicidas e os CAL apresentam-se numa escala significativa em Portugal e mais marcado na região sul¹⁶. O suicídio, sendo um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de vários fatores, a sua prevenção implica várias interações e sinergias multisectoriais, multiprofissionais, de modo a planear, organizar, operacionalizar e avaliar, porém, nunca de forma isolada (DGS, 2013).

Existem diferenças clínicas entre indivíduos com CAL e comportamentos heteroagressivos, constituindo informações relevantes para o desenvolvimento de intervenções individualizadas para subtipos de agressividade. Num estudo, relativamente aos indivíduos que apresentam CAL, os mesmos podem melhorar se houver uma eficácia na gestão dos sintomas depressivos e dificuldades na vertente social (Medeiros, Seger-Jacob, Garreto, Kim, Coccaro & Tavares, 2019).

Perante a ARC, torna-se fundamental conhecer os fatores de risco da pessoa, bem como os seus antecedentes, pois podem apresentar uma influência direta relativamente à probabilidade de apresentar risco suicidário¹⁷. Pelo contrário, os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias pessoais, coletivas e socioculturais que quando promovidas reforçam a prevenção de CAL e atos suicidas (DGS, 2013).

A prevenção do suicídio, ou risco do mesmo, pode ser, deste modo, tratado por meio de várias intervenções de enfermagem. No que concerne ao internamento no Serviço de Psiquiatria, no meu contexto de estágio, algumas intervenções desenvolvidas passam por aumentar o nível de bem-estar psicológico do Cliente, reforçar os seus fatores protetores, reduzir o acesso a meios letais, promover a psicoeducação, reduzir os CAL e monitorizar o Cliente através da ARC.

¹⁵ A **ideação suicida** consiste em pensamentos sobre colocar um fim à própria vida; **CAL** (comportamentos auto-lesivos) não apresentam intencionalidade suicida mas envolve atos auto-lesivos intencionais; os **atos suicidas** englobam as tentativas de suicídio e suicídio consumado; a **tentativa de suicídio** é o ato levado a cabo pela pessoa que visa a sua morte, mas que por diversas razões, resulta frustrado; o **suicídio consumado** consiste na morte provocada por um ato levado a cabo pela pessoa com intenção de pôr termo à sua vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica (DGS, 2013).

¹⁶ À escala mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes, constituindo a 13ª causa de morte, a 3ª entre pessoas dos 15 aos 34 e, 2ª, nos jovens dos 15 aos 19 anos (DGS, 2013).

¹⁷ Os fatores de risco para o suicídio podem ser circunstâncias, condições, doenças, ou traços de personalidade, que podem aumentar a probabilidade de uma tentativa de suicídio (DGS, 2013).

O risco para violência, assunto já abordado nos subcapítulos anteriores, é um dos indicadores da ARC. Para quantificar o risco neste parâmetro é importante que o enfermeiro esteja atento à manifestação do comportamento do jovem, bem como à sua comunicação não-verbal, nomeadamente, a expressão facial e a sua postura.

Também o Risco de fuga é necessário de contemplar como indicador numa ARC. Existem várias razões para que um Cliente possa querer escapar de um Serviço de Psiquiatria. Tal pode advir como consequência do seu quadro clínico ou porque se encontra internado contra a sua vontade. A fuga do Cliente pode trazer graves consequências, tais como, auto/hétero agressividade ou outros acidentes (Briner & Manser, 2013).

Por fim, o risco das reações adversas à medicação e os riscos associados a patologia orgânica são fundamentais conhecer, na medida em que podem influenciar o nível de adesão terapêutica do Cliente e constituir um risco para o mesmo.

1.5. Teoria das Transições de Afaf Meleis e os comportamentos agressivos

No âmbito do EC, procurei desenvolver competências que se enquadram no contexto RCEEESMP, de modo a transferir para a prática clínica os conhecimentos alcançados ao longo deste percurso e, da mesma forma, sustentando as minhas intervenções na Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. A mesma autora é a que mais se destaca com trabalhos desenvolvidos sobre o conceito de transição, a sua aplicação e pertinência na enfermagem. Tal como é conhecido, a pessoa, sofre várias transições ao longo do seu ciclo de vida vital, sendo o enfermeiro, o principal cuidador desta e da sua família, assistindo às exigências que as mesmas provocam no seu bem-estar. Por existirem conotações de tempo e movimento, a transição¹⁸ pode ser pensada como ligando a mudança ao tempo vivenciado. Como um conceito central em enfermagem, a transição tem sido analisada como uma estrutura definida para articular e refletir as relações entre os componentes de uma transição. Por isso, a transição tem sido usada tanto como uma perspetiva, como uma estrutura (Meleis, 2010).

¹⁸ O substantivo - transição - derivado do verbo latino – *transire* - significa atravessar, isto é, uma passagem de um estado, condição ou lugar, para outro (Meleis, 2010).

A pessoa encontra-se sujeita a processos de transição, nomeadamente, as de desenvolvimento, as situacionais, as transições de saúde-doença e as organizacionais. A transição contempla as continuidades e descontinuidades no processo vivencial do indivíduo. Consoante onde este se situe, no seu ciclo de vida, o mesmo encara uma transição de desenvolvimento, tal como é caracterizada a adolescência. Verifica-se, desta forma, a ocorrência de várias transições num período de tempo (Meleis, 2010). Neste sentido, conforme a população alvo que incidiu, maioritariamente, as minhas intervenções – o adolescente – o mesmo vive não só uma transição situacional face ao internamento mas, também, de agudização da sua sintomatologia (transição saúde/doença), face à transição de desenvolvimento natural do seu estágio.

Na Teoria das Transições, entende-se que os comportamentos agressivos podem ser compreendidos devido à vivência de uma transição situacional e/ou transição saúde/doença. No contexto de internamento, a pessoa pode passar por várias transições, no que diz respeito à sua mudança de papel, relativamente ao contexto, ao seu estado de saúde-doença, de que resulta alteração dum estado de bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica.

Para o indivíduo prosseguir numa transição de forma positiva, o mesmo tem necessidade de se sentir integrado no novo contexto, tendo, o enfermeiro, um papel crucial em fornecer informações e recursos, sendo que o indivíduo deve estabelecer relações saudáveis com a família, pessoas significativas e profissionais de saúde. Quando tal não acontece, isto é, perante uma transição mal sucedida pode instalar-se uma situação de crise¹⁹ no adolescente, como observada várias vezes. A crise pode ser desencadeada por vários estímulos vivenciados, nomeadamente, acontecimentos inesperados e as experiências pessoais (Chalifour, 2009). Segundo Phaneuf (2005, p.313) “várias situações são susceptíveis de desencadear crises sérias, mas elas não são exclusivamente ligadas a acontecimentos exteriores. Etapas de crescimento mal vividas podem tornar a pessoa mais vulnerável (...) a estas crises de maturação juntam-se as provenientes da personalidade do sujeito (...).”

¹⁹ Existem três tipos de crise: maturativas, situacionais e fortuitas, sendo que é possível ocorrerem simultaneamente (Stuart & Laraia, 2001). Por outro lado, Townsend (2011) sustentou-se em Baldwin (1978) para descrever os tipos de crise, identificando seis classes de crises emocionais que progridem por grau de gravidade. Algumas delas passam pelas “crises antecipadas de transições de vida”, “crises de maturidade/desenvolvimento”, até às “crises que refletem psicopatologia” e “emergências psiquiátricas”.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Tendo em conta as intervenções concretizadas ao longo do percurso de estágio foi pré-elaborado um cronograma (apêndice 1), onde foram planeadas as diversas intervenções e competências do EESMP. Recorri a uma grelha onde constam as intervenções planeadas com a previsão do tempo para cada uma delas, ao longo do EC, internamento e ambulatório. Algumas intervenções deste cronograma foram operacionalizadas, simultaneamente.

No âmbito do meu tema em estudo e a sua metodologia, não existe uma separação entre a teoria e a prática, isto é, entre o “saber” e “saber fazer”, mas sim uma conexão em que a prática alimenta a teoria e a teoria fundamenta a prática. Já Benner (2001), afirma que o perito apresenta uma visão da situação como um todo, recorrendo à intuição e mobilizando o conhecimento e experiências vivenciadas para ir de encontro ao problema, explicando-nos que é mais que saber e saber-fazer, mas também saber-ser, desenvolvendo um nível superior de competências ou micro-competências (*soft-skills*). A enfermagem assume-se como um corpo de conhecimentos próprios com diversas competências e, ser competente, também implica ter um esquema de pensamento que nos permite responder a problemas e determinadas situações, mobilizando saberes, recursos, atitudes e valores.

Ao longo deste percurso, foram sempre respeitados os princípios deontológicos e éticos, presentes no REPE. Neste sentido foi tido em conta o princípio geral da defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana (Código Deontológico dos Enfermeiros, artº 78º, ponto 1), o consentimento informado, aquando algum procedimento/intervenção, o respeito ao anonimato e o sigilo profissional. Neste sentido, durante o EC foram informados os Clientes acerca de procedimentos que iria realizar, solicitando o seu consentimento, respeitando a sua individualidade, dignidade e respeitada a sua privacidade. Por este motivo, os Clientes que integraram as minhas intervenções são identificados por uma letra fictícia. Relativamente às intervenções de enfermagem, as mesmas foram operacionalizadas, juntamente, com a equipa, optando pela alternativa menos restritiva para o Cliente para o efeito terapêutico desejado, sempre que possível.

Por não ter menosprezado estes princípios, também adotei algumas opções metodológicas que me apoiaram nesta fase: a observação direta, notas de campo,

entrevistas, consulta de documentação, consulta de registos clínicos e de enfermagem, a fim de concretizar os objetivos delineados.

Objetivo geral:

- Desenvolver competências de EESMP na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com comportamentos agressivos, no âmbito da ARC.

Objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com experiência de doença psiquiátrica em situação de crise, em internamento, e na comunidade;
- Recorrer ao instrumento de ARC, facilitando a gestão de comportamentos agressivos;
- Compreender a importância da ARC na elaboração do plano de cuidados individual de enfermagem.

Os subcapítulos que se seguem fizeram parte das etapas planeadas para a concretização do presente projeto, sendo completas com as várias atividades que fui desenvolvendo, à luz das competências do EESMP, acompanhada com a análise reflexiva das mesmas.

2.1. Contexto Hospitalar e atividades desenvolvidas

2.1.1. Caracterização do contexto

A primeira fase de estágio decorreu num Serviço de Internamento de Psiquiatria com crianças e adolescentes. O facto de não deter qualquer experiência profissional na área permitiu-me ter uma aprendizagem mais rica, em contexto de doença aguda ou situação de crise, num serviço de internamento. Neste sentido, por ter sido o estágio mais prolongado, foi, principalmente neste, que assentou a problemática a estudar no presente relatório. Este estágio permitiu, igualmente, o desenvolvimento de competências específicas do EESMP.

A população-alvo presente no internamento engloba a fase da infância e adolescência, de ambos os sexos, em situação de crise. Os participantes, alvo das

minhas intervenções, situaram-se, maioritariamente, entre os 11-17 anos, sendo, jovens no estádio da adolescência. Os motivos de internamento destes jovens foram variados, apresentando quadros clínicos como perturbações do comportamento, alteração do pensamento e da perceção, tentativas de suicídio, CAL, perturbação do comportamento alimentar (PCA), perturbação grave da ansiedade e comportamentos agressivos.

A nível de infra-estruturas existem gabinetes clínicos, que podem ser usados tanto para reuniões familiares, como para reuniões individuais com jovens, ou para atividades terapêuticas ou recreativas individuais. O momento da refeição decorre em duas salas distintas para esse efeito. Existem também outras áreas para o desenvolvimento de atividades terapêuticas ou recreativas. Quando existe necessidade de contenção ambiental de algum jovem, o mesmo é encaminhado para um quarto de confinamento “almofadado”, denominado como “quarto dos colchões”, sempre acompanhado por enfermeiro, ou quando o jovem solicita libertar a sua tensão, emoções, ou mesmo agressividade. A sala de estar é o local onde os jovens permanecem por longos períodos, no intervalo das atividades terapêuticas, onde se promove a interação social, mediada por enfermeiro.

O Serviço de Internamento de Psiquiatria conta com uma equipa multidisciplinar constituída por pedopsiquiatras, EESMP e de cuidados gerais, psicólogos, assistente social, dietista, terapeuta ocupacional e psicomotricista. Sendo uma equipa muito dinâmica, proativa, realizam-se reuniões multidisciplinares, em dias úteis, no período da manhã, onde são discutidos os casos clínicos dos jovens internados, que possibilite detetar situações de risco e elaborar um plano terapêutico, o mais individualizado e adaptado à sua situação.

2.1.2. Análise da Avaliação de Risco Clínico

Face à problemática deste relatório, a ARC, numa **primeira fase**, foi feita a seleção de seis jovens internados no Serviço de Psiquiatria, de modo a analisar criticamente a sua ARC²⁰ e se o seu resultado estaria de acordo com o respetivo plano de cuidados, realizado no programa informático *SClinico*. Na seleção dos jovens procurei que fosse um grupo heterogéneo, no que concerne ao sexo, motivo de internamento, bem como a idade. Neste sentido, permitiu conhecer as diferenças

²⁰ “F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos Clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (OE, 2018, p.21429).

entre os resultados da ARC, de acordo com o seu motivo de internamento e a sua expressão nos respetivos planos de cuidados de enfermagem. Os jovens selecionados foram:

- Adolescente do sexo masculino; Motivo de internamento: agravamento progressivo de heteroagressividade dirigida a pessoas e objetos e recusa terapêutica no ambulatório.
- Adolescente do sexo masculino; Motivo de internamento: Ingestão medicamentosa voluntária – ideação suicida com plano estruturado.
- Adolescente do sexo masculino; Motivo de internamento: Heteroagressividade e comportamentos auto-lesivos em contexto de Perturbação do Espectro do Autismo.
- Adolescente do sexo feminino; Motivo de internamento: Transtorno Conversivo e Comportamentos auto lesivos.
- Adolescente do sexo feminino; Motivo de internamento: Auto e Heteroagressividade.
- Adolescente do sexo feminino; Motivo de internamento: PCA

Foi constatado que a ARC, de cada jovem, nem sempre se encontrou, previamente, avaliada na urgência, aquando a admissão no Serviço de internamento. Saliendo que, a ARC deve ser realizada e documentada, semanalmente, conforme procedimento setorial, no entanto, nem sempre se cumpriu esse padrão. Este facto não inviabilizou que as intervenções de enfermagem não fossem planeadas e reavaliadas, de cada jovem, porém, são elaboradas de acordo com os conhecimentos e competências profissionais, não mobilizando o instrumento da ARC, tantas vezes, quanto preconizadas pelo procedimento.

Numa **segunda fase**, perante o diagnóstico de situação, na fase anterior, relativamente à carência na atualização da ARC dos jovens internados, foi concretizada a atualização/reavaliação do RC de cada jovem, no instrumento de ARC, no seu processo clínico. Desta forma, tendo o resultado atualizado permitiu melhor perceção pela equipa multidisciplinar, em identificar qual o risco inerente a

cada jovem e planearem-se intervenções de enfermagem, e também clínicas, individualizadas²¹.

Outro aspeto verificado foi a desarmonia entre o resultado do RC e o plano de cuidados de enfermagem informatizado (programa *SClinico*) que, tal poderá ser justificado, devido à escassa assertividade na sua reavaliação.

Posteriormente, numa **terceira fase**, tendo em conta este problema identificado, foi realizado um levantamento de dados, semelhante a uma auditoria, no que concerne à ARC dos seis jovens, previamente selecionados (apêndice 2).

Foi procedido à consulta dos planos de cuidados de enfermagem elaborados em *SClinico*, de cada processo clínico do jovem. O objetivo consistiu em realizar a “ponte” entre a folha da ARC do jovem e o plano de cuidados do *SClinico*. De um modo geral, o plano de cuidados e respetivas intervenções de enfermagem encontravam-se adequados ao jovem e de acordo com a sua ARC. No entanto, existiram algumas incoerências entre a ARC e o plano de cuidados:

- Ausência de diagnósticos/focos e respetivas intervenções, no *SClinico*, perante **Alto Risco de Fuga** e **Muito Alto Risco de CAL**, tais como:
 - Comportamento de adesão
 - Avaliar adesão ao regime terapêutico
 - Auto – agressão
 - Avaliar comportamento autodestrutivo
- A ARC não se encontrou reavaliada, periodicamente, e de forma consistente.

2.1.3. Participação em reuniões com a equipa multidisciplinar

A reunião com a equipa multidisciplinar decorre na presença de Pedopsiquiatras, Psicóloga, EESMP, e, por vezes, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Psicomotricista, momento em que é discutido o estado de saúde de cada jovem. Nos primeiros dias de estágio tive a oportunidade de integrar a mesma reunião. Verifiquei que, é realizada uma abordagem holística do jovem, no que diz

²¹ “F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao Cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.” (OE, 2018, p.21429).

respeito ao seu estado mental, situação social, situação familiar, percurso escolar, situação clínica, tratamentos e meios complementares de diagnóstico em curso...

Foram realizadas notas de campo acerca dos assuntos abordados em reunião, em cada jovem, notas estas que também são escritas pelo EESMP que integra a reunião, em *dossier* próprio, que é usado para a transmissão de informação, durante a passagem de turno. Tendo em conta que é uma reunião diária, existe informação que não é repetidamente abordada, mencionando-se apenas as alterações para determinado jovem.

Apesar da complementaridade de toda a informação, proveniente de cada profissional de saúde, por vezes, transpareceu alguma dificuldade por parte da equipa de enfermagem em articular toda a informação recebida, com a ARC do jovem, pelo que, conseqüentemente, dificulta a concretização de um plano terapêutico individual. Neste sentido, de forma a compilar toda a informação pertinente do jovem, inclusive a sua ARC, de uma forma sistemática, foi elaborada uma grelha, onde estão incluídas todas as vertentes biopsicossociais do jovem. Esta grelha (apêndice 3) foi criada, tendo em vista um método prático de visualização, conciso e organizado, semelhante a uma folha de observação de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intensivos, porém, adaptada a uma grelha de registos na área de ESMP. Permite, deste modo, a perceção das alterações ocorrentes em cada dimensão no jovem, cronologicamente, ao longo de uma semana, podendo ser a possibilidade de um instrumento para a transmissão de informação na “passagem de turno”. Este instrumento criado, ainda se encontra em avaliação e reformulação.

2.1.4. Jornais de Aprendizagem

O percurso realizado neste contexto hospitalar foi marcado por reflexões contínuas. Nas competências do domínio das aprendizagens profissionais pretendi desenvolver o auto-conhecimento²², reconhecendo os meus limites, identificando lacunas, reconhecendo dificuldades, emoções e sentimentos, refletindo sobre a prática e solicitar ajuda e feedback da equipa quando necessário. Neste sentido, elaborar jornais de aprendizagem contribuíram para, de forma mais estruturada, conseguir refletir acerca da minha prática, passando por descrever situações que

²² “1 — Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (OE, 2018, p.21428).

ocorreram em estágio, apontar aspetos positivos, negativos, tomando consciência dos aspetos a melhorar, futuramente.

Foi abordado o pensamento reflexivo apoiando-me, sobretudo, no modelo – o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*. No entanto, os jornais de aprendizagem que produzi não seguem de forma estrita este modelo, embora se encontrem fortemente influenciados pelo mesmo. Julgo que ao limitar-me a um modelo de forma “regrada” é mais limitador em termos de pensamento pela preocupação em seguir determinadas sequências, ao invés de me proporcionar um pensamento mais livre. Nesta visão, desde que o problema inicial seja ajudado a ser resolvido através de uma reflexão profunda, independentemente da sequência aplicada, a pessoa atinge igualmente uma aprendizagem. É fundamental justificarmos o porquê de termos agido de uma determinada forma mas também o motivo pelo qual adotámos um pensamento, recorrendo à literatura existente quando necessário e nomear algumas referências (Rolfe, 2001).

Ser-se competente também se prende com alguns fatores psicológicos, na medida em que apresentar atitudes mentais fixas, ou seja, que se julga que as qualidades são estáticas, não favorece a aprendizagem, sendo que, pelo contrário, apresentar uma atitude mental progressiva, acredita-se que as nossas qualidades básicas são cultivadas e se preza o desenvolvimento (Dweck, 2014), portanto, tentei sempre adaptar-me e demonstrar flexibilidade para lidar com a mudança.

Ter o suporte e apoio da equipa, havendo pessoas com uma atitude mental progressiva, também foi um ganho para a minha aprendizagem, por apresentarem uma profunda preocupação com o desenvolvimento pessoal do outro (Dweck, 2014).

A metacognição²³ é um requisito fundamental para a aprendizagem, tendo sido usado este método nos jornais de aprendizagem, visto que não é possível aprender sem que haja um questionamento de nós próprios, das nossas crenças e convicções. O conhecimento adquire-se por transformação e mudança e com um trabalho de elaboração pessoal, uma vez que há que integrar a nova informação nos esquemas de pensamento. Inicialmente, senti-me confusa, julgando este apoio ao processo de aprendizagem, muito abstrato e difícil de concretizar. Esta tomada de

²³ A metacognição, numa perspetiva cognitiva, refere-se ao conhecimento do próprio conhecimento, à avaliação, à regulação e à organização dos próprios processos cognitivos, sendo considerada, enquanto cognição de segunda ordem: pensamentos sobre pensamentos, conhecimentos sobre conhecimentos, reflexões sobre ações (Ribeiro, 2003).

consciência da minha parte permite-me compreender sobre o modo como determinadas variáveis interagem e influenciam os resultados das atividades cognitivas. Foi meramente importante, para mim, ter esta capacidade de pensar sobre mim própria e conhecer os meus limites, reconhecendo que não se consegue fazer determinada ação e até reconhecer a necessidade de ajuda. Segundo Rogers (2010), a transformação pessoal é facilitada quando o enfermeiro é aquilo que é, sem máscara, exprimindo abertamente os sentimentos e atitudes que nesse momento nele ocorrem; quanto mais souber ouvir, aceitar o que se passa em si mesmo, a complexidade dos seus sentimentos, sem receio, maior será o seu grau de congruência.

2.1.5. Arte de Brincar

As atividades recreativas que são realizadas com os jovens, ao longo do dia, podem ser de cariz individual ou de grupo. O internamento dispõe de vários jogos, que auxiliam no entretenimento, favorece a relação interpessoal e diminui o sofrimento. Também são promovidas atividades recreativas individuais como o desenho, escrita ou pintura. Deste modo, fui integrando com os jovens estes meios de forma lúdica, de certa forma, informal, tendo sempre em conta uma intencionalidade terapêutica²⁴. Inicialmente senti algum desconforto por integrar estes jogos com os adolescentes, por ser algo que já não fazia desde há muitos anos e pela envolvimento no grupo, descendo ao mesmo “nível”, como se o meu papel de enfermeira fosse “diluído” naquele momento. Rapidamente entendi a sua importância e o modo em como me podia ligar aos mesmos, estabelecendo uma aliança terapêutica, pois, o jogo desenvolve estratégias pessoais, emocionais, sociais, educacionais e culturais (Carvalho, 2019).

A comunicação através do jogo pode ajudar de várias formas, como reduzir o *stress*, ansiedade, trazer significado ao caos na experiência que se vive ou manter a memória do lar (Lambert, Long & Kelleher, 2012). A ludoterapia²⁵ é mais que um jogo, mais que um nível de significado. As crianças e adolescentes também

²⁴ “F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do Cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao Cliente e à situação.” (OE, 2018, p. 21430).

²⁵ É um veículo de aprendizagem de estratégias, em que podem ser experimentados comportamentos que geram feedback de aceitabilidade social. Jogar também permite ser um contexto em que alguns comportamentos não aceites também se podem tolerar, podendo ser-se o “batoteiro”, o “mau”, o “sedutor”, o “autoritário”... (Carvalho, 2019).

aprendem com os jogos e permite-lhes um desenvolvimento de papéis (Carvalho, 2019).

Foi através do jogo que eu pude constatar um meio da criança ou adolescente ter um “escape” de um ambiente stressante que é um hospital e ser uma forma de expressão, onde, muitas vezes, os mesmos expressaram a dor e a angústia de estarem longe de casa ou das pessoas significativas. Também foram momentos em que removeram a formalidade das rotinas clínicas, neutralizando sentimentos desagradáveis. Durante esta “arte de brincar” vários comportamentos foram observados entre os jovens. A iniciativa em convidar o grupo de pares (GP) para jogar, a flexibilidade e tolerância pelo outro, a improvisação, a inserção no grupo, o autoquestionamento, a resolução de problemas e até o sentido de humor. Também permitiu que a criança ou adolescente recuperasse um senso de habilidade e conquista.

Por conseguinte, nestes momentos em que os jovens internados socializam podem ser tanto prazerosos, como podem suscitar situações de conflitos. Saber impor limites foi uma intervenção realizada, tendo vindo a melhorar, gradualmente. Houve sempre necessidade de mediar com intervenção²⁶, gerir a frustração, promover uma aprendizagem, incentivar a participação de outros jovens, ou conter comportamentos hostis. Foram dimensões abordadas que fizeram parte do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente.

2.1.6. Intervenção em grupo com atividades psicoterapêuticas

A intervenção psicoterapêutica em enfermagem é uma intervenção sistematizada e progressiva, sendo realizada por um EESMP ou enfermeiro generalista com formação específica certificada, tendo por base um diagnóstico de enfermagem. O utente apresenta um papel ativo, centrado numa relação terapêutica, tendo como objetivo alcançar-se uma mudança positiva (Sampaio, Sequeira & Canut, 2018).

Durante este projeto de estágio, o modelo de intervenção psicoterapêutico em enfermagem foi baseado, principalmente, na teoria de enfermagem de Afaf Meleis, em princípios basilares do processo de enfermagem e em taxonomias de

²⁶ “F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.” (OE, 2018, p. 21430).

enfermagem, tendo sido avaliado no que diz respeito à sua eficácia, a curto prazo, junto de jovens com um problema de SM e com diagnósticos de enfermagem.

No EC, em contexto de internamento, participei nas várias atividades terapêuticas de grupo²⁷. Cada dia é destinado a uma atividade terapêutica diferente, sendo dinamizada pelo enfermeiro de cuidados gerais ou EESMP e, contando com o apoio, por vezes, da psicomotricista ou terapeuta ocupacional (terapeuta e co-terapeuta). Desde o módulo do “relaxamento”, até à “terapia pela arte”, passando pela “expressão dramática”, é possível trabalharem-se várias dimensões.

Os mediadores expressivos encontram-se agrupados, podendo ser do âmbito lúdico, ritualístico, artístico e sensorial, sendo que os mesmos podem complementar-se. Estes têm potencialidade no processo criativo e podem ser eficazes na diminuição do sofrimento e processos de reabilitação (Ferraz, 2009).

As atividades psicoterapêuticas, que assentam num trabalho da equipa multidisciplinar, no Serviço de Psiquiatria com crianças e adolescentes, são realizadas em grupo e constituem uma das respostas terapêuticas possíveis ao sofrimento psíquico dos mesmos. Sendo uma psicoterapia de grupo é como se fosse uma viagem de descobertas que é realizada em conjunto, sendo que é com e nos outros que se torna possível encontrar um sentido de identidade e o auto-conhecimento. Importa salientar que, as intervenções psicoterapêuticas são tão importantes, na medida em que, é numa primeira fase da perturbação mental que tem maior eficácia, e não quando esta já se estruturou em doença mental (Nabais & Guerreiro, 2005).

O grupo constitui um meio facilitador de trabalho psíquico, onde surge a partilha de sentimentos, emoções, pensamentos, numa mistura individual *versus* grupal, influenciando-se mutuamente. Pois, deste modo, permite uma evolução pessoal através dos seus pares, a aprendizagem, o desejo de relacionar-se com os outros, promovendo a socialização (Nabais & Guerreiro, 2005). A intervenção terapêutica na criança e adolescente é incorporada na sua dinâmica vivencial interna e à sua rede relacional, intra e extra-familiar. Assim sendo, o que se verificou, de uma forma global, foi que as atividades terapêuticas tiveram um cariz não diretivo,

²⁷ “4- Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018, p.21430).

em que, a criança ou adolescente, puderam ter liberdade de expressão de sentimentos e emoções, relativamente a determinada temática, recorrendo à palavra ou outra forma de expressão. Porém, sem esquecer a exigência de um *setting* terapêutico (Nabais & Guerreiro, 2005).

Durante a implementação de intervenções psicoterapêuticas, dinamizadas, por mim, tive o cuidado de realizar, previamente, uma avaliação do estado mental dos participantes, para confirmar a sua inclusão, ou não. Deste modo, o enfermeiro conhece os processos de pensamento e linguagem, o seu estado afetivo, as suas dificuldades de perceção ou memória, a sua aparência, se tem risco de auto ou hétero agressão e o seu estado cognitivo psicoterapêutico (Sampaio, Sequeira & Canut, 2018).

2.1.7. Sessões de Relaxamento

O relaxamento, sendo uma área de meu interesse pessoal, tendo em conta a temática do meu Relatório – gestão de comportamentos agressivos – foi uma atividade que desenvolvi em contexto de internamento que teve como principal objetivo, o relaxamento, mas, também, a diminuição da ansiedade e irritabilidade que estão inerentes, com frequência, nos participantes, emoções estas que conduzem, muitas vezes, à hostilidade ou agressividade. Outro dos objetivos específicos que também pretendi foi que o grupo conseguisse adquirir estratégias de coping para a redução da sua ansiedade²⁸.

Realizei duas sessões de relaxamento a dois grupos diferentes, em semanas distintas, durante o mês de Outubro de 2019, utilizando a técnica da IG, recorrendo a um guião elaborado por mim e selecionada uma música adaptada ao mesmo (apêndice 4). A Imaginação Guiada (IG) consiste em guiar o participante a concentrar-se em imagens agradáveis, sendo um processo intencional, cujo objetivo terapêutico é auxiliar na regeneração do corpo e mente. É uma forma de contar uma história ao corpo e mente de modo a encontrar esperança, conforto, perseverança, perante uma situação de crise ou desesperança (Apóstolo, 2010).

²⁸ “4- Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018, p.21430).

Os grupos foram dinamizados por mim (terapeuta) e EESMP orientadora (co-terapeuta). Para colocar em prática as sessões, não só foi elaborado o plano de sessão, tendo em conta o diagnóstico de enfermagem “ansiedade presente”²⁹, mas, também, os critérios de inclusão e exclusão³⁰ dos participantes (apêndice 4).



Imagem 1 – Otimização do espaço para realização da técnica psicoterapêutica no âmbito do relaxamento.

É de salientar que apesar de ter sido elaborada uma grelha de avaliação geral do processo, após a implementação da técnica, a mesma, acabou por não ser utilizada, após reunião prévia com a EESMP. Pois, perante as características do grupo, poderia suscitar sentimentos de ansiedade pela possibilidade dos intervenientes se sentirem “avaliados” ou julgados. Em contra partida, a metodologia da avaliação das sessões foi sempre o método expositivo, através das narrativas dos participantes e observação direta, tendo sido, posteriormente, elaboradas notas de campo. Neste sentido, realizou-se a avaliação das duas sessões, nos dois dias distintos, com um grupo de 11 jovens e outro de 10 jovens, respetivamente. Alguns jovens internados não integraram a atividade por não apresentarem critérios de inclusão. Aos participantes, foi-lhes pedido para relatarem, no final da sessão, o que sentiram e resumir o que foi a sessão para si apenas com uma palavra. Os resultados foram os mais diversificados, encontrando-se em apêndice 4. Alguns exemplos foram:

- “L”, jovem internada por síndrome depressivo; esteve com postura descontraída e com fâcies tranquilo. Afirmou: *“quando estava a tentar seguir o que estava a dizer acho que senti calor, gostei mais desta vez. A palavra é: “praia”.*” Segundo informação do Cliente (sic)
- “A”, jovem internado por IS; permaneceu de olhos abertos, pelo que necessitou de ajuda da co-terapeuta durante a técnica. Afirma: *“Gostei da sensação mas não consegui abstrair-me dos meus pensamentos. A palavra é “confusão”.*” (sic)

²⁹ “F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.” (OE, 2018, p.21429)

³⁰ Jovens com transtorno psicótico, apresentarem alterações cognitivas, heteroagressividade no momento, ou comportamentos potencialmente disruptivos para o grupo.

Outra técnica de relaxamento implementada consistiu na Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (apêndice 5), em que a primeira parte da sessão foi dedicada à mesma e a segunda parte aplicada massagem manual ou mecanicamente, com acessórios de massagem. De acordo com os resultados, pude concluir que o grupo, apesar de ser diferente, aderiu menos a esta técnica, tendo sido menos eficaz, comparativamente à IG. Consoante as narrativas dos participantes demonstraram mais adesão à fase da massagem, o que revela que o “toque” terapêutico e o facto de se sentir cuidado, foi mais importante para si. É de referir que o grupo foi constituído por 10 jovens. Seguem-se alguns exemplos da avaliação da sessão do grupo:

- “M”, jovem com PCA; apresentou fâcies apreensivo e postura tensa no início da sessão. Seguiu as indicações relativamente à técnica. Apresentou fâcies tranquilo no final da sessão. Aceitou ser cuidada por enfermeira. Afirmou *“no início estava muito desconcentrada, não conseguia relaxar, mas foi graças às massagens das enfermeiras que consegui ficar tranquila.”* (sic)
- “E”, jovem com transtorno de ansiedade e isolamento social; Não seguiu as indicações relativamente à técnica, tendo sido incentivada, sem sucesso. Fâcies apreensivo, manteve os olhos cerrados como que estratégia de “retirada”, com postura tensa. Aceitou ser cuidada por enfermeira. Quando interpelada no momento da partilha final, reage com agressividade latente, afirmando *“não tenho nada a acrescentar”* (sic), com tom de voz mais elevado.
- “B”, jovem com PCA; apresentou fâcies apreensivo e postura tensa. Com dificuldade em seguir as indicações da técnica. Durante o momento chama por ajuda manifestando desconforto, *“enfermeira, não consigo relaxar, estou com muitos pensamentos negativos”* (sic). Quando explicado que podia manter olhos abertos, a jovem tenta essa estratégia. Na massagem, aceita ser cuidada mas manteve dificuldade em abstrair-se dos seus pensamentos. No final na partilha, afirma: *“foi a sessão mais dolorosa para mim...não consegui relaxar do princípio ao fim, tive pensamentos maus, com vontade de voltar atrás no meu processo... mas a massagem foi o mais interessante”* (sic).

2.1.8. Sessão de expressão dramática

A técnica psicodramática³¹, mais comumente conhecida como uma das técnicas principais no âmbito da expressão dramática, consiste num elemento do grupo (protagonista) que representa o presente, passado ou futuro, onde existe um problema, com auxílio do terapeuta e outro técnico, desempenhando os papéis das pessoas significativas para o protagonista da dramatização. É uma forma de “praticar a vida” sem ser punido, transportando o drama interno para o drama externo partilhado pelo grupo (Ferraz, 2009).

Durante o estágio no Serviço de Psiquiatria, atendendo à fase de transição de desenvolvimento, subjacente ao adolescente, de acordo com Afaf Meleis (2010), foi levantado o diagnóstico de enfermagem de “baixo auto-conhecimento”³², de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), perante a população-alvo selecionada. Deste modo, o grupo de participantes apresentava-se na faixa etária entre os 12 e 17 anos, pelo que foi planeada uma intervenção no âmbito da expressão dramática, com um dos objetivos de aumentar o grau de auto-conhecimento (apêndice 6).

Relativamente à expressão dramática, sendo um tipo de intervenção psicoterapêutica, que se encontra interligada com as competências específicas do EESMP, o mesmo pode oferecer ao adolescente a possibilidade de se expressar adequadamente, através de intervenções com recurso a mediadores expressivos, permitindo que ele canalize livremente essas energias negativas para essas atividades, dando-lhes sentido (Oliveira, Nakano, Wechsler (2016). Desta forma, aquando o desenvolvimento de técnicas expressivas é necessária uma certa envolvimento do enfermeiro, estabelecendo uma relação terapêutica com o adolescente, sendo que este deve ser reconhecido como ser único detentor de um modo particular de interagir com o seu ambiente.

Mascarenhas & Brito (2013), fazendo referência a Ruy de Carvalho (2012), afirmam que esta intervenção deve ter em conta o grau de coesão e desenvolvimento do “Eu” e do *Self* do adolescente, facilitando o desenvolvimento do

³¹ A técnica psicodramática tem influência positiva nas seguintes variáveis: personalidade, locus de controle, sintomatologia, postura e comportamento expresso, sendo especialmente útil em alterações do comportamento, reações de ajustamento e perturbações anti-sociais (Ferraz, et al., 2009).

³² “F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.” (OE, 2018, p.21429)

sentido do *Self* e reforço das funções do “Eu”. O facto de se desenvolver esta terapia em grupo, permite ser um veículo crucial, ao criar espaço para proporcionar experiência e identidade grupal, permitindo ao adolescente encontrar uma contenção grupal mais forte do que na situação individual. Favorece, assim, o sentimento de pertença ao grupo.

Nesta sessão recorri a alguns mediadores e recursos técnicos expressivos, tal como a simulação³³. Ao elaborar o plano de sessão procurei associar a expressão dramática à realização de uma máscara recorrendo a mediadores artísticos como desenho e modelagem, experiência essa que se desenvolveu muito positivamente pela própria ligação/co-relação entre as etapas - construção e simulação – que casaram bem entre si, encontrando-se detalhadas no plano de sessão (apêndice 6).

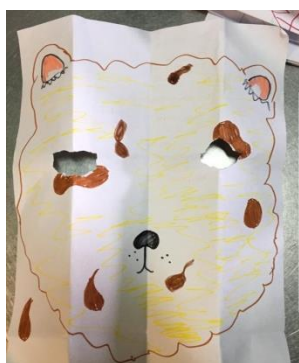


Imagem 2 – Máscara “Chita” realizada por jovem com diagnóstico clínico de PCA.



Imagem 3 – Máscara “Porco” realizada por jovem com diagnóstico clínico de PCA.

Inicialmente foi sentida alguma apreensão da minha parte por sair da minha área de conforto, não só pela inexperiência em expressão dramática, mas pelo medo de não conseguir concretizar tais etapas no tempo programado. Apesar destas inseguranças, a avaliação da mesma foi positiva e rica para os participantes. Os objetivos propostos foram atingidos, nomeadamente, o auto-conhecimento, em que os participantes por um lado, ao usarem a construção da máscara (desenho e modelagem), permitindo ser um meio para acederem a si mesmos, por outro, permitiu o acesso a elementos psíquicos como a fantasia, mundo imaginativo, recurso ao simbólico, onde evidenciam papéis fulcrais para a sua criatividade (Martins, 2018).

Os participantes ao colocarem-se, em contexto dramático, fornecendo-lhes situações, dramatizaram o papel do seu animal, surgindo, posteriormente, após a partilha, vários pensamentos, sentimentos e comportamentos. Seguem-se alguns

³³ A simulação é uma forma de role-playing em que se pede que o protagonista expresse um papel e que o desempenhe. É particularmente útil no treino de competências (Carvalho, 2019).

exemplos da avaliação da sessão de expressão dramática “O meu animal” (apêndice 8):

- Adolescente “M” (internada por PCA) – participou ativamente na atividade, com humor apreensivo, com postura retraída, fâcies apreensivo; escolheu a Chita (Imagem 2), representando o mesmo; característica positiva: “*ser rápida e ter vantagem na caça*”; característica negativa: “*ser predadora, caça presas inocentes*” (sic); a característica que gostava de adotar de outro animal: “*gostava que tivesse asas de borboleta para poder voar e porque as asas seriam importantes para voar para longe dos problemas e dificuldades*” (sic).
- Adolescente “B” (internada por PCA) – participou ativamente na atividade, representando o seu animal, escolhendo o porco (Imagem 3); fâcies tranquilo no início da atividade, tendo apresentado fâcies apreensivo no final da sessão perante a reflexão; característica positiva: “*ser fofo, engraçado e porque se reproduz*” (sic); característica negativa: “*esfregar-se em lama*” (sic); a característica que gostava de adotar de outro animal: “*poder ter ovos como a galinha, para não ter que precisar de uma galinha, devido ao mau cheiro e porque gosto muito de ovo*” (sic).
- Adolescente “P” (internada por PCA) – participou na atividade, com humor apreensivo, atitude disponível, postura tensa; representou o seu animal, escolhendo a zebra; característica positiva: “*ser gira, pelas riscas.*” (sic); característica negativa: “*ser uma presa*” (sic); a característica que gostava de adotar de outro animal: “*ter coragem e ser rápida como uma Chita para poder fugir dos predadores*” (sic).
- Adolescente “X” (internada por CAL e IS) – participou ativamente na atividade, com humor eutímico, estando com atitude disponível; representou o seu animal, tendo escolhido o leão; nomeou como característica positiva: “*ser bonito pela juba*” (sic); característica negativa: “*virar-se contra os outros (agressividade)*” (sic); a característica que gostava de adotar: “*gostaria de ter mais coragem*” (sic).

2.1.9. Intervenção de cariz individual

Conhecer a pessoa, as suas crenças, as suas necessidades, requer uma intervenção mais privada e individual. A intervenção individual com jovens, ao que

se denomina de “momento individual”, no Serviço de internamento de Psiquiatria, foi uma intervenção que, inicialmente, senti receio de não estar à altura, gerando alguma insegurança, porém, após algum tempo de contato com os jovens, senti maior confiança/segurança. Neste momento, estabelece-se a relação terapêutica e a intervenção foi direcionada às necessidades da pessoa³⁴. Devido à dinâmica do Serviço de internamento, foi aprofundada esta intervenção, tendo sido colocada em prática, entre os períodos de ausência de outras atividades psicoterapêuticas. O Serviço tendo ao dispor condições físicas adequadas, assegurando-se a privacidade e sigilo dos Clientes, foram fatores facilitadores.

A primeira vez que surgiu esta oportunidade foi perante a jovem “A” com o motivo de internamento por CAL. A mesma apresentava-se na sala de convívio mas isolada do GP, sem interagir, e com labilidade emocional. Ao observar o seu comportamento dirigi-me à mesma e mostrei disponibilidade para escutá-la., sendo que a própria solicitou-me para falar. Perante o acontecimento, remeti esta interação para gabinete, de modo a promover a sua privacidade e expressão de emoções. Neste início de relação senti-me como uma “estranha” para a jovem e ela para mim. Tentei favorecer um clima de confiança, com uma atitude de respeito, empatia e autenticidade. Uma das primeiras fases, no estabelecimento de uma relação, é o favorecimento de um clima de confiança, pois, o Cliente, baixará as suas defesas, progressivamente, e aceitará partilhar os aspetos de si (Chalifour, 2008). Mas afinal qual era o seu pedido de ajuda? Qual o problema? Chalifour (2009) apresenta-nos a palavra “problema” como sendo para qualificar uma quantidade de experiências mais ou menos relevantes que constituem obstáculo às expectativas e satisfação desejadas. Ou seja, a jovem “A” verbalizou uma preocupação e ansiedade face ao seu problema, em que estava a viver uma experiência em que reconheceu uma distância entre a situação desejada e a situação real. Quando não se sente capaz para compensar esta distância, a mesma provoca-lhe sofrimento. Durante a intervenção foi possível apurar os motivos para os quais manifestava as suas emoções. Por vezes, foi difícil apresentar-lhe uma resposta quando fui confrontada com o que ouvia da mesma, pois, o seu problema era a possibilidade de ser institucionalizada, devido à sua situação de crise familiar.

³⁴ “3 — Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.” (OE, 2018, p.21428).

Na perspectiva de Benner (2001), é necessário um certo envolvimento e acreditar naquilo que fazemos para ajudar o outro perante um problema, pois requer sensibilidade e um bom espírito de análise. Refere, ainda, que não é preciso ter-se medo de se envolver e ser-se aberto ao outro, pois “(...) aguça a sensibilidade e permite reconhecer os sinais podendo revelar-se ser as chaves de uma solução sem que tenhamos por vezes ter despendido grandes esforços para a encontrar.” (Benner, 2001, p.235).

A possibilidade de um jovem ser institucionalizado, ou já se apresentar nessa condição, são assuntos delicados, sensíveis, com os quais me fui deparando, várias vezes, sentindo que nem sempre tinha uma “resposta” adequada para dar no momento. Foi difícil gerir estas emoções por parte da jovem e, por vezes, recorri ao silêncio. Cada um de nós em relação com o outro cria um canal de comunicação, podendo ser não-verbal, pelo que já tomei consciência, com frequência, em dizer algo ao outro, porém, a transmitir uma mensagem diferente devido à minha comunicação não-verbal.

Por vezes, o silêncio no momento adequado pode ser mais benéfico e pode ser usado com pertinência. Pode dar espaço às emoções, que podem emergir e intensificar-se e até que o não-dito adquira forma para dar seguimento à entrevista (Chalifour, 2008). O silêncio permite um processo de maturação, em que dá tempo ao pensamento, que se produz e elabora; permite não julgar, visto que o nosso primeiro reflexo é responder, podendo ser imbuído de julgamento, conselho ou interpretação; permite atenção para si próprio e, por vezes, neutraliza a agressividade do outro porque evita dar uma expressão desadequada (Rispayl, 2003). Citando Shakespeare, por Rispayl (2003, p.70) *“se a palavra que vais pronunciar não é melhor que o silêncio, não a pronuncies.”*

E necessária uma certa envolvimento do enfermeiro, estabelecendo uma relação terapêutica, pois é fundamental reconhecer a pessoa como um ser único detentor de um modo particular de interagir com o seu ambiente. A relação terapêutica solicita os recursos internos e externos do utente, torna-o mais forte, trazendo-lhe esperança e fazendo-o ter confiança nele e no outro (Benner, 2001).

A jovem “E” deu entrada no Serviço por agravamento da ansiedade e dificuldade de socialização. Apresentava humor ansioso e fâcias triste, com olhar

cabisbaixo e não interagia com o GP, apenas respondendo quando interpelada. No horário das visitas verifiquei que a jovem não recebeu visitas, estando na sala de convívio. Com a sua postura retraída e pouco disponível para a relação, foi introduzido um mediador, aceitando jogar às cartas comigo e com outra jovem presente na sala. O uso de cartas contribuiu para que desenvolvesse a sua competência de relação interpessoal, num ambiente mais calmo. O uso de mediadores, pela sua natureza espontânea, pode ajudar a proporcionar um clima lúdico de segurança e confiança para a relação terapêutica, sem recorrer à linguagem verbal, mas sim a uma linguagem simbólica (Araújo & Carvalho, 2016). Posteriormente, a jovem “E”, que sempre se “fechou” até então, verbalizou espontaneamente o que a entristecia, começando a falar da sua relação com a mãe. Consequentemente, a mesma consentiu em receber a minha intervenção, em momento individual, onde expressou as suas emoções, com labilidade emocional, manifestando insegurança face ao seu estado de saúde atual e expondo com irritabilidade a sua relação conflituosa com a mãe.

Pela elevada prevalência de jovens internados com diagnóstico clínico de PCA, participei na ação de formação acerca do “Cuidar do Adolescente com Distúrbios da alimentação e da ingestão” (anexo 2), o que me permitiu conhecer melhor esta faixa etária, o que caracteriza este quadro clínico e o papel do enfermeiro. Contribuiu para que a minha abordagem enquanto futura EESMP fosse melhor direcionada.

Foi feita intervenção com uma jovem com diagnóstico clínico de PCA, o que me proporcionou um sentimento de grande gratificação. Foi introduzido um mediador expressivo, em momento de horário das visitas, visto que a jovem não costumava receber visitas, periodicamente, por ter a família longe geograficamente. Observando o seu fácies aborrecido, foi proposto à jovem que realizasse uma pintura de uma tela para oferecer como presente aos seus pais. Apesar de, inicialmente, se apresentar com humor apreensivo e comportamento de oposição, após incentivo para a atividade e cooperação com ela, acabou por apresentar humor eutímico e um fácies alegre com o resultado final (Imagem 4). Foi, deste modo, promovida a sua auto-estima e auto-eficácia por terem sido estimuladas as suas capacidades e o seu gosto pelo “Mar” – temática que a jovem escolheu para

elaborar a sua tela. O mediador expressivo foi aplicado com a finalidade de criação, expressão e também comunicação no *setting* terapêutico.

Na terapia com técnicas expressivas e, neste caso, com esta aplicabilidade, obteve-se mudança no sentimento, atitude e comportamento da pessoa. Assim, esta atividade envolveu um contato sistemático e limitado no tempo, entre a pessoa com sofrimento e outra, que tentou reduzir o mesmo sofrimento, por via de uma relação terapêutica (Peres, Barreto, Teixeira & Fernandes, 2017).

Estes momentos individuais possibilitaram-me uma melhor identificação das necessidades do

jovem, maior grau de conhecimento do mesmo, também, relativamente às suas emoções, sentimentos e preocupações. Através desta estratégia relacional, da manifestação pelo interesse pelo outro, tentei que o mesmo olhasse para si mesmo e reconhecer-se tal como é. Deste modo, direcionei mais eficazmente as intervenções planeadas³⁵, de acordo com a sua singularidade.

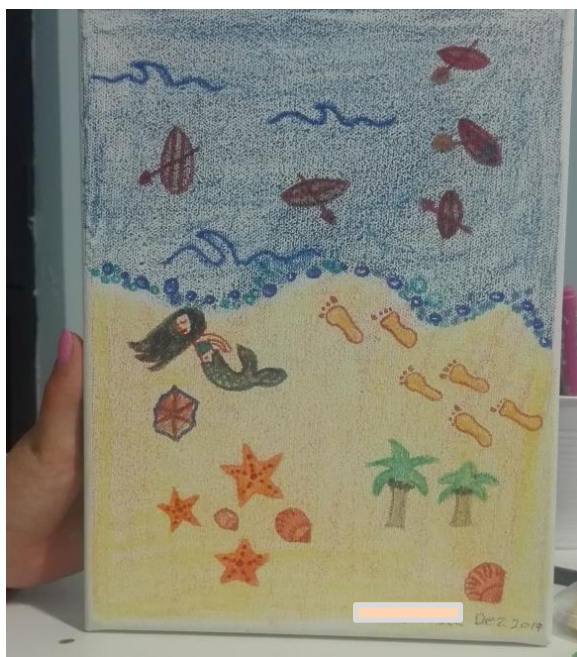


Imagem 4 – Tela pintada por jovem internada, em contexto de uso de um mediador expressivo.

2.1.10. Elaboração de um estudo de caso

O jovem foi selecionado³⁶ em detrimento da minha curiosidade e interesse pelo seu motivo de internamento (Transtorno Conversivo), a sua história de comportamentos agressivos – a presente temática deste relatório - e por ter tido uma relação com o jovem, de certa forma prolongada, acompanhando a sua evolução, sendo marcada por experiências de aprendizagens para mim, enquanto pessoa e futura EESMP.

³⁵ “F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao Cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.” (OE, 2018, p.21429).

³⁶ “2 — Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.” (OE, 2018.p.21428).

O jovem “Y” apresentava sintomatologia conversiva em contexto potencialmente pós-traumático, motivo pelo qual foi internado. Terá sido encontrado caído na via pública, longe da sua área de residência, tendo a mãe encontrado uma carta de despedida do jovem, no seu quarto, onde revelava IS. Relativamente à sua história pessoal³⁷, esteve numa instituição de acolhimento até aos 3 anos de idade, tendo sido adotado aos 5 anos, vivendo com os seus pais adotivos até à sua adolescência, momento esse, marcado pela separação dos mesmos. Encontrava-se a viver com a mãe e irmã. Desde cedo que o jovem apresentou alterações do seu comportamento, com relações interpessoais conflituosas, comportamentos agressivos, principalmente, em contexto escolar. Atualmente, afirmava não ter uma relação saudável com os seus pais, com mau aproveitamento escolar, apurando-se que não tinha um bom suporte familiar, constituindo um fator de risco.

Na minha perspetiva, o internamento deste jovem foi dos mais marcantes na minha experiência durante o estágio, mas também dos mais ricos em aprendizagem, desde a instabilidade na relação que o mesmo mantinha com a equipa, até à exigência de cuidados de enfermagem que o mesmo necessitava. Se nomeasse palavras para descrever o que o jovem “Y” transmitia, num período inicial de internamento, escolheria “fragilidade” e “empatia”, e o período médio/final do internamento, escolheria “hostilidade”, “competição” e “revolta”. Foram estes os opostos comportamentos e sentimentos que tanto me intrigaram neste jovem.

Na sua admissão, apresentava-se em mutismo, imobilizado, dependente total nas suas Atividades de Vida Diárias (AVD's), como alimentação e higiene, suscitando-me um sentimento de preocupação e inquietação ao observar o seu sofrimento. Apenas comunicava de forma não-verbal, em que o “sim” significava “um pestanejar” de olhos, e o “não”, “dois pestanejares”.

A primeira palavra verbalizada e o seu primeiro movimento foram marcados pela alegria do jovem e também minha. Nos dias que se seguiram, começou, gradualmente, a manifestar um quadro de irritabilidade e ansiedade. Apresentava humor ansioso, com fácies e postura tensos. O jovem apresentava-se, ao meu olhar, como uma pessoa diferente do que o conhecia, aquando a sua admissão no internamento. Começou a revelar baixa adesão terapêutica, com necessidade constante de incentivo dos técnicos para a cumprir, iniciando comportamento

³⁷ “F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.” (OE, 2018, p.21428)

conflituoso e hostilidade com o GP e técnicos, com agitação psicomotora, não conseguindo permanecer numa atividade terapêutica ou recreativa. A dada altura, foi quase diariamente, a existência de comportamentos agressivos, com baixa tolerância à frustração e com linguagem obscena.

Foram levantados vários diagnósticos de enfermagem, no seu estudo de caso³⁸ (apêndice 7), de acordo com a CIPE, que ajudaram no seu conhecimento e planeamento de intervenções mais individualizadas³⁹, numa perspetiva holística. Recorri à CIPE, uma vez que é a linguagem usada na minha prática de enfermagem, “(...) pois esta é uma taxonomia, cujas orientações são passíveis de operacionalização e compatíveis com modelos teóricos em uso nas instituições (Amaral, 2010)”. Saliento que, o plano de cuidados, apresentado no estudo de caso, corresponde ao período intermédio do seu internamento.

Os diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções foram delineados, atendendo à sua ARC durante o internamento, apresentando alto risco de suicídio e muito alto risco de violência, com necessidade de vigilância permanente. Foram exemplos de intervenções de enfermagem direcionadas ao jovem, apurar tarefas que o mesmo gostava de realizar, tentando adaptá-las ao ambiente em que se inseria, integrá-lo numa atividade de sua preferência, em relação dual com enfermeiro, bem como, delegar objetivos ou tarefas individuais a cumprir, num determinado tempo, de modo a atingir uma determinada recompensa pelo seu comportamento.

A ARC do jovem sofreu várias alterações ao longo do seu internamento (de Setembro/2019 a Novembro/2019). Os resultados do RC foram distintos, particularmente, entre o período inicial do internamento e o período intermédio, constituindo, um exemplo, da oscilação do RC inerente a um jovem, em crise aguda, num internamento, sendo urgente a sua reavaliação periódica. Deste modo, o plano de cuidados careceu de reavaliação e reformulação, conforme o resultado da sua ARC.

³⁸ “F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o Cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.” (OE, 2018, p.21430).

³⁹ “F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao Cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.” (OE, 2018, p.21429).

ARC	Outubro/2019
Risco suicidário	alto
Autoagressividade	baixo
Violência	médio
Risco de fuga	baixo
Risco de reações adversas à medicação	baixo
Riscos associados a patologia orgânica	baixo

Quadro 3 – Exemplo de uma ARC do jovem no início do mês de Outubro de 2019.

ARC	Outubro/2019
Risco suicidário	alto
Autoagressividade	baixo
Violência	 muito alto
Risco de fuga	alto
Risco de reações adversas à medicação	médio
Riscos associados a patologia orgânica	baixo

Quadro 4 – Exemplo de uma ARC do jovem no fim do mês de Outubro de 2019.

Podemos verificar que, na distância temporal de cerca de três semanas, no mês de Outubro, registaram-se alterações significativas no resultado da ARC do jovem, relativamente aos indicadores de “Violência” e “Risco de fuga”.

É de salientar que, surgiu, esporadicamente, a necessidade de contenção física e química, conforme indicação clínica, quando já tinham sido esgotadas todas as intervenções de enfermagem de primeira linha (contenção ambiental e verbal), sem sucesso. No entanto, as intervenções de contenção física e química foram evitadas, várias vezes, por terem sido, previamente, implementadas medidas preventivas, consoante um plano individual de enfermagem, principalmente quando se começou a proceder mais regularmente à ARC do jovem, com reajuste no seu plano. Foi comprovada, desta forma, a relação direta da importância da ARC com a gestão dos comportamentos agressivos.

2.2. Contexto Comunitário e atividades desenvolvidas

2.2.1. Caracterização do contexto

O segundo EC decorreu em contexto de comunidade, num Hospital de Dia de Psiquiatria, tendo sido marcado pelo culminar de experiências e desenvolvimento de competências do EESMP em contexto comunitário.

O Hospital de dia encontra-se localizado geograficamente num ambiente natural, apresentando várias infra-estruturas e espaços bastante amplos para proporcionar aos Clientes, um ambiente, o mais confortável possível no seu programa de reabilitação. A equipa é constituída por médicos psiquiatras, EESMP,

enfermeiros de cuidados gerais, terapeuta ocupacional, assistentes operacionais e outros técnicos.

De forma a promover a recuperação e reabilitação psicossocial da pessoa com doença de SM, é realizado um programa de intervenção socio ocupacional, englobando a equipa multidisciplinar. A duração deste programa tem o máximo de 6 meses, pelo que o utente deve assinar um contrato terapêutico. Este programa conta com intervenção terapêutica, realizada pelo EESMP, médico psiquiatra e, uma intervenção ocupacional, realizada pelo terapeuta ocupacional e monitores ocupacionais. Apesar de, a intervenção ser em grupos terapêuticos, também existe acompanhamento individual do utente, tendo como valores a humanização, o respeito pela confidencialidade e a intervenção contra o estigma da doença mental (segundo procedimento setorial da instituição).

As sessões de grupo terapêutico estão organizadas por módulos temáticos, englobando estimulação cognitiva, sessões de movimento, sessões de psicoeducação e treino de competências. Existem os *ateliers* de carpintaria, jardinagem e expressão plástica, com fim à intervenção ocupacional. No refeitório, os utentes usufruem da refeição desde o pequeno-almoço até ao lanche, local onde é administrada e supervisionada a toma da terapêutica prescrita.

A intervenção realizada tem como objetivos promover a autonomia, estabilidade emocional e reintegração social, familiar e profissional do utente. A população-alvo que frequenta o programa de reabilitação encontra-se, predominantemente, numa faixa etária dos 20 aos 66 anos, na fase adulta, o que me possibilitou desenvolver intervenções de enfermagem a uma população distinta da adolescência⁴⁰. Os diagnósticos clínicos dos utentes mais prevalentes foram a Doença Bipolar, Esquizofrenia, Síndrome Depressivo e tentativa de suicídio.

2.2.2. Intervenção em grupo na comunidade com atividades psicoterapêuticas e socioterapêuticas

O que distingue o EESMP, do enfermeiro de cuidados gerais, do ponto de vista da prática clínica é a competência específica que o primeiro apresenta na

⁴⁰ 2 — Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.” (OE, 2018, p.21428).

prestação de cuidados de enfermagem no âmbito psicoterapêutico (Sampaio, Sequeira & Canut, 2018).

A experiência vivida neste EC possibilitou-me um maior à vontade para com o desenvolvimento de sessões psicoterapêuticas e socioterapêuticas a um grupo de pessoas, nunca menosprezando a individualidade de cada um⁴¹. O facto de não lidar com pessoas em situação de crise aguda da sua doença acabou por ser um fator facilitador. Dado que, duma forma global, é uma população responsável, investida, e autónoma na sua decisão, em querer estar em programa de reabilitação, existe uma adesão favorável às sessões planeadas. Estabelecendo um ponto comparativo com a população adolescente em situação de crise, senti que, ao implementar atividades psicoterapêuticas aos mesmos, por vezes, manifestaram um comportamento de oposição em integrar as atividades, o que nunca se comprovou em contexto de comunidade. Apesar da população adulta, se apresentar numa fase mais estável da sua situação de SMP, não deixa de sofrer um processo de transição situacional, à luz de Afaf Meleis, de um estado de reabilitação, para um estado de reinserção na comunidade, e tudo o que isso acarreta.

Tendo em conta os objetivos delineados para o EC, em contexto de comunidade, nomeadamente, mobilizar cuidados psico e socioterapêuticos a um grupo, visei autonomizá-lo a alcançar um estado de saúde mental mais próximo do que deseja. Metodologicamente, como futura EESMP, tive a necessidade de mobilizar aptidões comunicacionais, relacionais, motivacionais, psicoeducacionais e pedagógicas. Continuei a “lapidar” as minhas capacidades, a nível comunicacional⁴², como a espontaneidade. Sempre tive a necessidade de planear e estruturar toda a minha intervenção, dando-me maior poder de controlo para “guiar” uma atividade planeada. Com o tempo, tenho-me apercebido que a espontaneidade e a “fluidez” na nossa intencionalidade é uma característica essencial e, direccionar a nossa intervenção para situações que emergem do grupo-alvo, é a chave para o sucesso. Confesso que ainda necessitarei de uma vasta experiência para atingir este requisito, uma vez que, se a minha sessão fugir fora do meu controle causa-me, ainda, uma sensação de insegurança, situações que mereceram reflexão.

⁴¹ “F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socio terapêuticos para restaurar a saúde mental do Cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao Cliente e à situação. (OE, 2018, p.21430)

⁴² “F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.” (OE, 2018, p.21428).

Foram planeadas e dinamizadas sessões em que assumi o papel de terapeuta, no âmbito dos módulos da estimulação cognitiva, psicoeducação e movimento, no total de seis sessões⁴³. Algumas das sessões realizadas, que considere em seleccionar, encontram-se em apêndices 8 e 9.

Em várias situações, pude desenvolver competências de EESMP mas também colaborar com a equipa na dinâmica das rotinas e observar, o que constituiu uma aprendizagem muito positiva para mim, aliando a aprendizagem experiencial e informal. Tal como Canário (2007) afirma, o que o profissional faz não é só determinado por aquilo que ele sabe mas sim pelo que é, apelando a vários recursos interiores e saberes anteriores. Posso constatar que passei por fases semelhantes, ao observar, debater situações, tentar fazer igual e, ao assumir uma personalidade determinada e proativa, com base nos meus saberes anteriores, combinada com conhecimento científico, resultou num processo profissional reflexivo.

2.2.3. Sessões de Psicoeducação

A psicoeducação é um método relevante de aprendizagem para prevenir a “recaída” e também podendo ser dirigida para um treino de competências. Uma das sessões de psicoeducação planeadas por mim consistiu na “Adesão terapêutica” tendo transmitido informações relevantes acerca da temática de uma forma dinâmica, em que os Clientes conseguiram identificar fatores de risco e protetores no âmbito da sua adesão terapêutica, bem como encontrar-se estratégias para lidar com essa dificuldade. Tiveram como base os diagnósticos de enfermagem “Conhecimento comprometido” e “Baixa adesão terapêutica”⁴⁴, no grupo-alvo, sendo que o objetivo principal foi promover a adesão terapêutica, visto que foi observada a dificuldade dalguns Clientes em cumprir o seu regime medicamentoso, com períodos de abandono do mesmo.

O desafio com que se prendeu ao conseguir dinamizar uma sessão de Psicoeducação e com a natureza desta temática, foi de que forma a poderia transformar numa sessão rica em informação, interativa e captável, sendo que

⁴³ “F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.” (OE, 2018, p.21429).

⁴⁴ “F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.” (OE, 2018, p.21429).

surgiu a ideia de um “Quizz”. De uma forma sumária, estruturei esta sessão em três partes: a primeira consistiu numa “sondagem” acerca da temática; a segunda, numa apresentação dinâmica de perguntas/respostas; e a terceira, a partilha da experiência e esclarecimento de dúvidas acerca da sua realidade.

Atendendo à avaliação desta sessão, os objetivos foram atingidos e foi apurado que no momento da “sondagem”, as respostas mais frequentes dos utentes perante os obstáculos à toma da terapêutica, consistiram no “esquecimento”, sendo que o que mais gostam quando a cumprem foi “conseguir estar melhor na relação com o outro”. Durante a sessão foi observado que os participantes adotaram um comportamento mais individual em responder às respostas do “Quizz”, pelo que transpareceu que estariam motivados e concentrados.

A outra sessão, no âmbito da Psicoeducação, teve como temática a “Alimentação saudável na saúde mental”, perante o diagnóstico de enfermagem de “conhecimento comprometido”, tendo como objetivos principais, elucidar acerca de uma alimentação equilibrada e reconhecer a sua importância na saúde mental do indivíduo. A fase do aquecimento consistiu em conhecer os padrões prévios da alimentação dos participantes, pelo que, através do corte/colagem de imagens de alimentos de folhetos de supermercado, construíram as refeições principais, o que possibilitou a estimulação cognitiva e da psicomotricidade. Posteriormente, foi apresentada fundamentação teórica sobre o tema e, por fim, os participantes apresentaram os seus trabalhos, sendo questionados o que alterariam, após a sessão. Foi verificada uma postura participativa e motivada diante dos vários participantes, o que tornou a sessão bastante interativa.

Durante a concretização desta atividade senti que o tempo foi o fator mais limitante, perante as etapas, previamente estipuladas no plano de sessão. Quando planeio uma intervenção tenho por hábito idealizá-la e tentar concretizá-la dessa mesma forma, no entanto, nem sempre isso acontece, e pode advir um sentimento de frustração. Neste caso, não quis deixar de menosprezar as vantagens que seria aliar a parte prática à teórica, de modo a enriquecer, tornar a sessão mais completa para o grupo-alvo, porém, com a consciência que seria um desafio.

Os planos de sessão e respetivas avaliações encontram-se em apêndice 10.

2.2.4. Consulta externa em serviço de ambulatório

O Serviço de Ambulatório é uma parte integrante do Hospital de Dia, fazendo a interligação entre os cuidados de saúde primários, hospital, e outras estruturas na comunidade. É constituído por consultas de psiquiatria, terapia ocupacional, serviço social e terapia da fala. Tem como missão, a prestação de cuidados em regime de ambulatório, procurando satisfazer as necessidades dos utentes.

Procurei concretizar o objetivo em conhecer a dinâmica da consulta externa e as competências do EESMP inerentes, integrando as primeiras consultas pós-alta, aquando a alta do internamento do Cliente. A consulta de enfermagem é dirigida pelo EESMP em que assegura a continuidade dos cuidados em regime de ambulatório, onde são detetadas as necessidades do utente, realizados ensinamentos, bem como é conhecida a sua rede de suporte.

A necessidade de apoio pelas dificuldades inerentes a um problema de saúde mental passou essencialmente pela promoção da adesão terapêutica. Os Clientes apresentaram, previamente à consulta, distintos motivos de internamento, porém, surgiu um Cliente a marcar mais esta experiência. Um Cliente adulto, acompanhado da irmã e esposa, tinha estado internado com Síndrome Depressiva e IS. Apresentava-se melhorado mas ainda com humor deprimido. Foi notória a sua insegurança e receio relativamente ao seu projeto terapêutico e futuro, pelo que careceu de serem realizados vários ensinamentos não só ao mesmo, bem como à sua família, que também se encontrava ansiosa. A mesma, sem saber como ajudar, tentava substituir o Cliente no seu discurso. Tal situação causou-me uma sensação de “sufoco” em assistir, merecendo reflexão, não deixando de relatar aquilo que senti com a EESMP.

Este acontecimento permitiu-me reconhecer a importância que o EESMP tem na intervenção não só ao utente mas também à sua família, holisticamente, como parte integrante do mesmo. Na minha ótica, reconheci a necessidade de mais tempo na consulta ao Cliente, com a pertinência em realizar-se a mesma, exclusivamente com este presente, e, caso houvesse necessidade, intervir também com a família. Estive mais limitada à observação por não deter a experiência necessária para intervir e, deste modo, foi uma aprendizagem enriquecedora.

3. LIMITAÇÕES DO PROJETO

No que diz respeito a dificuldades e limitações deste trabalho, destaco as de ordem pessoal e as inerentes à problemática do presente relatório. Relativamente à temática do projeto e o desenvolvimento do mesmo, existiram alguns obstáculos que surgiram ao longo do percurso.

Ao iniciar o EC, tive como intenção em sustentar as minhas intervenções na Teoria de Sistemas de Betty Newman por, até ao presente, para mim, ser um referencial teórico holístico, tendo concretizado o meu Estudo de Caso, com base na mesma. Tendo realizado o trabalho de Estudo de Caso nos primeiros momentos de estágio, esta Teoria fez-me sentido, pela organização e sistematização da entrevista, auxiliando-me a ter uma visão biopsicossocial da pessoa. Dada a reflexão e maior contato com a população adolescente, houve necessidade de adaptar o presente projeto e posteriores intervenções, por constatar que o que mais se adequava ao adolescente seria desenvolver intervenções de enfermagem, sustentadas na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Previamente estaria previsto realizar o EC, em contexto de internamento, num Serviço de Internamento de Psiquiatria de jovens e jovens adultos. Devido a alguns constrangimentos, a nível organizacional, foi realizada a mudança de EC para um Serviço de Internamento em Psiquiatria com crianças e adolescentes, pelo que senti que teria de adaptar algumas intervenções previstas, à realidade. Apesar de ter prestado cuidados de enfermagem a uma população adulta em contexto de comunidade, acabei por Cuidar, num período mais prolongado, da população adolescente. Logo, senti que não poderia limitar ou restringir as minhas intervenções e tema do projeto, apenas ao Adolescente, por abranger os dois tipos de população. Foi sentida a exigência de me adaptar a duas populações distintas, visto ser uma abordagem distinta.

Ainda que, em deliberação final, passei por desenvolver as minhas competências a nível hospitalar, num Serviço de Psiquiatria com crianças e adolescentes, também tive a oportunidade em realizar alguns turnos no Serviço de Internamento de Psiquiatria de adolescentes e jovens adultos, em fase aguda do seu problema de SMP. A constatação entre as duas realidades foi distinta, no que concerne às práticas em cuidados de enfermagem, bem como, ao instrumento do RC. Apesar da minha expectativa, em recolher informação de qualidade e relevante,

no âmbito da ARC, neste último Serviço, verificou-se que o instrumento de RC em vigor apresentava critérios de avaliação muito distintos, comparativamente ao instrumento que conhecera num Serviço de Psiquiatria com crianças e adolescentes. Tal instrumento caracterizava-se por níveis de observação, sendo determinados por critérios, tais como, dependência nas AVD's, Riscos Clínicos, Contenção Química, Contenção Mecânica, internamento compulsivo. Apesar de contemplar critérios que se devem recorrer em última instância, como a contenção mecânica, os níveis de observação não eram claros e concisos de serem praticáveis. Perante um Cliente com um nível de observação 4 (observação extremamente elevada com vigilância apertada), não foi observada vigilância permanente do mesmo, na prática, por não existirem profissionais organizados no Serviço, para tal necessidade, o que submete o Cliente a um risco elevado de danos para si e para os que o circundam.

Com o confronto da realidade neste Serviço, acabei por não conseguir extrair dados que me ajudassem em sugestões de melhoria, no âmbito da ARC. De qualquer modo, aprendi que, o enfermeiro não deve basear as suas intervenções num modelo biomédico, “tarefeiro”, limitado a um diagnóstico clínico, mas sim, com a preocupação em promover qualidades individuais, sociais, emocionais, entre outras, auxiliando no desenvolvimento do potencial da pessoa.

Devo mencionar que, o foco principal do meu projeto foi no desenvolvimento das competências do EESMP por não deter experiência na área, o que acabou por ser um fator limitante, na exploração da complexidade subjacente no âmbito do RC, para o tempo estipulado. Havendo mais tempo, mais disponibilidade haveria também, para terem sido exploradas outras questões durante o EC, mas, aceitando a exigência em conciliar os papéis de estudante, profissional e familiar. Assim sendo, foi sentida maior necessidade no desenvolvimento das competências do EESMP, considerando ser a prioridade, face ao cariz de investigação. No entanto, foram reunidos esforços e estratégias, concomitantemente, para dar resposta aos objetivos a que me propus perante a temática a explorar.

Relativamente ao instrumento de ARC, presente no Serviço de Psiquiatria com crianças e adolescentes, apresentou-se eficaz na predição do RC, no entanto, ainda com alguns aspetos a melhorar relacionado com a sua sensibilidade. Por conseguinte, acabou por também apresentar algumas limitações, tal como a impossibilidade de eliminar totalmente o risco, referente a alguns indicadores, ou menosprezar uma avaliação mais individual.

4. CONCLUSÃO

Este relatório foi o culminar do desenvolvimento das competências do EESMP, onde, concomitantemente, foi comprovada a importância do instrumento de ARC no planeamento de intervenções de enfermagem, designadamente, na gestão de comportamentos agressivos. Face a esta problemática estudada, num Serviço de internamento, considero ter atingido os objetivos traçados, previamente, à fase metodológica.

Inicialmente sabia que o tema do meu projeto iria ser um desafio a nível pessoal e profissional. Ter consciência que iria encontrar uma população mais suscetível de apresentar episódios de agressividade, devido às minhas crenças e valores, necessitaria de aprender em gerir fenómenos de transferência e contratransferência, para que não interferissem em todo o processo e na relação terapêutica. As minhas próprias crenças foram alvo de várias reflexões, pela influência que existe da incompreensibilidade por parte da sociedade, em entender a motivação por detrás de um comportamento agressivo, pois, quando não se conhece, tende-se a rotular, a desaprovar, por considerarmos ir contra as normas culturais. A literatura realizada acerca da temática, associada à experiência em campo, permitiu-me um outro olhar sobre a agressividade e motivação para combater esse estigma social. Da mesma forma que deve ser realizada, na sociedade, uma mudança em encarar a perturbação mental como uma condição médica, tal como outra doença orgânica (SPPSM, 2016), também deve ser encarado o comportamento agressivo como uma dimensão multifatorial, compreendendo a sua causa, e não como sendo um atributo penoso e redutor.

Os comportamentos agressivos podem ter consequências nefastas para o Cliente, família e outras pessoas envolvidas, resultando em danos físicos e/ou psicológicos. A evidência de comportamentos agressivos ou violência resultam num internamento mais prolongado e complexo para o Cliente. Portanto, a identificação do Cliente com alto risco de auto ou hétero agressividade, é fundamental para garantir o sucesso na evolução do seu projeto terapêutico.

Com base na experiência vivida e em conhecimento científico, a escala de ARC implementada num Serviço de internamento de Psiquiatria, é um instrumento

fundamental de predição do risco de agressividade, quando de acordo com o plano de cuidados de enfermagem. O enfermeiro é o profissional em SMP mais apto para reavaliar o plano de cuidados e reformulá-lo, consoante a ARC. Este procedimento é a base para o desenvolvimento posterior de intervenções na gestão de comportamentos agressivos no Cliente. É de referir que, quando foram cumpridos estes passos, existiram intervenções de enfermagem mais individualizadas ao Cliente, tendo-se controlado a escalada da agressividade e, conseqüentemente, evitado intervenções, como a contenção química ou física.

Por serem constatados obstáculos na realização deste procedimento, foi detetada a dificuldade em realizar a ponte entre o resultado da ARC com o plano de cuidados implementado, em programa informático *Sclínico*. Tal situação, por vezes, deveu-se à existência da ARC como um instrumento em formato de folha de papel, o que conduz a vieses na transmissão de informação. O formato em folha de papel também inviabiliza o preenchimento regular do documento por ser mais um “documento burocrático”, refletido, várias vezes, na atitude dos profissionais, o que resulta no esquecimento.

Apesar da necessidade de mudança de atitude dos profissionais e sua sensibilização para a área do Risco, é imprescindível reconhecer a importância que a ARC assume na gestão de comportamentos agressivos e que, a presença de apenas um registo no instrumento em suporte de papel, ou a realização duma nota de enfermagem, perante uma situação de risco, são dados insuficientes para a sua extração/contabilização. Face a estes obstáculos, idealmente, a ARC é um instrumento de qualidade nos cuidados de enfermagem que poderia ser informatizada, à semelhança do Risco de Úlcera de Pressão ou de Queda. Julgo que, esta alteração diminuiria a probabilidade do erro, bem como permitiria facilitar a congruência entre a ARC com o plano de cuidados de enfermagem, onde os dados pudessem migrar. Para além disso, seria mais viável a extração/contabilização de dados, registados informaticamente, para estudos estatísticos. A eficácia da ARC na expressão dos cuidados de enfermagem é, assim, uma resolução possível e mais segura, para que o enfermeiro possa intervir, atempadamente, no ciclo da agressão, antes que o mesmo evolua para a violência.

Com o alcance dos objetivos também constatei a importância e a necessidade de realizar uma prática reflexiva para o aperfeiçoamento da minha prática em enfermagem. Neste sentido, a prática em enfermagem não se assume um conjunto

de técnicas, mas sim um processo dinâmico entre o pensamento, reflexão, execução e avaliação (Benner, 2001). O confronto com emoções e sentimentos, aquando na relação com o Cliente com comportamentos agressivos, ou hostis, levou-me a aprender a permanecer resiliente, mais consciente, e ter a vontade de não desistir de ajudar o outro, mesmo quando este não queria ser ajudado...

Numa perspetiva futura, o desenvolvimento de competências em ESMP, presenteou-me com maior motivação e gratificação, pelas aprendizagens assimiladas, pela promoção da SM do Cliente e na identificação de uma lacuna no âmbito do RC, que será um ponto de partida, para a melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem em SMP. Ainda existem lacunas na prevenção da violência e de comportamentos agressivos, em Serviços de internamento, que devem ser preenchidas: a nível do conhecimento sobre a extensão deste problema, em programas de prevenção, e na operacionalização do RC.

Pude constatar que o EESMP pode oferecer ao adolescente vários métodos para o mesmo se expressar, através de intervenções com recurso a mediadores expressivos. Estes últimos promoveram a libertação de emoções, tal como canalizar a energia negativa para tais atividades, dando-lhes sentido. Deste modo, ocupei um lugar privilegiado no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, desde a fase aguda da doença, até ao processo de reabilitação e reintegração na comunidade, tendo sido uma das competências mais desenvolvidas, em ambos os contextos clínicos, absorvendo experiências diferentes com a população adolescente e adulta.

O EC, em Hospital de Dia, acentuou a importância do EESMP a nível da comunidade, confirmando-se a necessidade de mais profissionais nesta área. As respostas na comunidade ainda são escassas e, portanto, a intervenção do EESMP é essencial na melhoria subsequente da vida do Cliente e dos serviços disponíveis no âmbito da reabilitação.

É de frisar a empatia e disponibilidade demonstradas pelas equipas de enfermagem, que foram facilitadoras para me sentir integrada, benéfico para a minha aprendizagem, permitindo-me questionar e refletir junto destas, auxiliando-me na concretização dos meus objetivos. A reflexão junto do Professor Orientador e Enfermeiros Orientadores foram cruciais para a reflexão pessoal e profissional.

A tomada de consciência das minhas atitudes, o autoconhecimento, permitiu-me apontar aspetos a melhorar. O querer concretizar, com a preocupação do perfeccionismo, foi um obstáculo que me fui impondo, pois, quando as condições não se proporcionaram com o que tinha planeado, urgiu ansiedade e frustração. Deste modo, compreendi que o essencial não se prendia com a rigidez e exigência de um plano estruturado mas sim, a adaptação ao meio, ao grupo-alvo, a situações, mantendo a intencionalidade terapêutica que, ainda exigem de mim, trabalhar esta capacidade de adaptação e espontaneidade. Perante algumas intervenções do EESMP a um grupo-alvo, observei a improvisação, próximo de um género artístico, oferecendo a estes “atores” a oportunidade de serem criativos e dar forma espontânea aos seus papéis, numa intervenção terapêutica. De facto, desde sempre, estive habituada a programar uma sessão, a idealizá-la, e, no fim, não passou de um produto “congelado”, abafando a minha espontaneidade e a do público-alvo.

Não posso deixar de realizar um paralelismo desta aprendizagem teórica e observacional, reportando-a para a criança e o adolescente, pois, de forma semelhante, a sua espontaneidade é igualmente “abafada” pela nossa cultura e pela escola. O contacto prolongado com esta faixa etária incentivou-me a pesquisar, a conhecê-la, a entendê-la melhor e, até constatar que a nossa educação clássica, nas escolas, em muito tem de melhorar. São vários os pais e professores que não estimulam os jovens a dizerem o que pensam e sentem, cultivando-se a timidez, a passividade, a repressão. Não obstante, conduz à supressão da emoção e da espontaneidade. De que forma a espontaneidade poderia contribuir para a gestão de comportamentos agressivos? A espontaneidade é a melhor resposta, a uma velha situação e também, uma resposta adequada a uma nova situação (Moreno, Blomkvist & Rutzel, 2001). A realização deste projeto conduziu, assim, a respostas, ao conhecimento, mas também, a novas questões a serem exploradas.

Nesta etapa final só posso dizer que, a “peça de teatro” acaba, as **cortinas fecham-se, a luz apaga-se...** Mas, logo a seguir, outro espectáculo começa: **a Enfermagem na Saúde Mental**, que é uma peça de teatro que não permite ensaios. **Vive-se, sente-se e reflete-se, antes que, a cortina se feche e a peça termine, sem aplausos.** Julgo que, esta peça de aprendizagem será longa, pois o meu caminho estará só agora a começar...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stress*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Araújo, P. & Carvalho, R. (2016). *Conceitos de mediadores de expressão e das suas especificidades*. Manual do Seminário de Arte-Psicoterapia Integrativa – Nível I. Porto.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: quarteto.
- Briner, M & Manser, T. (2013). Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. BMC Health Services Research. Consultado a 2 de Outubro de 2019. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/44>
- Canário, R. (2007). *Aprendizagens e quotidianos profissionais*. Processos de formação na e para a prática de cuidados. Loures: Lusociência.
- Carvalho, R. (2019). *Seminário de Expressão Dramática em Arte-Terapia e Arte-Psicoterapia Integrativa. Manual de formação*. Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia nível I.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos existência-humanistas da relação de ajuda (volume I)*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009) – *A intervenção terapêutica – Estratégias de intervenção (volume II)*. Loures: Lusodidacta.
- Chizh, C. (2015). *Ensuring milieu safety in a forensic psychiatric unit*. Patient safety. Nursing 2015, Volume :45 Number 9, page 63 – 65. Consultado a 1 de Novembro de 2019. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a1a8/6a0b7e424e7eab9532f1b1c7c9f9aaef440f.pdf>

Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.

Department of Health.(2009). *Best Practice in managing Risk: Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and toher in mental health services*. National mental health risk management programme. Consultado a 4 de Dezembro de 2019. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/478595/best-practice-managing-risk-cover-webtagged.pdf

Direção Geral da Saúde. (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Nº 021/2011. Acedido a 2 de Dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>

Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de prevenção do suicídio 2013/2017*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Acedido a 17 de Dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>

Direção Geral da Saúde. (2016). *Violência interpessoal*. Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Acedido a 20 de Fevereiro de 2020. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional. Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. Plano de Ação para a prevenção da violência no Setor da Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 19 de Agosto de 2020. Disponível em www.dgs.pt.

Dollard, J.; Miller, N., Doob, L.; Mower, O. & Sears,R., (1998). *Frustration and aggression*. The International Library of Sociology: Arbor Scienti AE

Dweck, C. (2014). *Mindset: A atitude mental para o sucesso*. Amadora: Vogais editora.

Eisenstein, E., (2005). *Adolescência, definições, conceitos e critérios*. Adolescência & Saúde, vol.2, nº2.

Erikson, E.H. (1968/1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas – colecção expressão em terapia – volume 1*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

Fragata, J. (2006). *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Almedina.

Hage, s.; Meijel, B.; Flutert, F. & Berden, G. (2009). *Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2009, 16, 661–669. DOI:10.1111/j.1365-2850.2009.01454.x

Kaplan, H. I.; Sadock, B.J. & Grebb, J.A.. (2003). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed. Pp.332-343

Kassis, W.; Artz, S.; Maurovic, I.; Simões, C. (2018). *What doesn't kill them doesn't make them stronger: Questioning our current notions of resilience*. Child Abuse & Neglect. Vol.78: 71-84. Acedido a 2 de Novembro de 2019. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.011>

Lambert, V., Long, T & Kelleher, D. (2012). *Communication skills for children's nurses*. England: the Mcgraw.Hill Companies.

Leal, I. (2005) – *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de século – edições.

Maravilha, A. (2014). *Avaliação do risco clínico em enfermagem de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Marcelli, D.& Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

Martins, D. (2018). *Fantasia, imaginação e simbolismo: bases da psicanálise para a arteterapia*. Revista Portuguesa de Arte-Terapia. Acedido a: 19/12/2019. Disponível em: <http://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/Revista-Arte-Viva-8-2018.pdf>

Mascarenhas, N. & Brito, R. (2013). *Nas palavras cruzadas e nos enredos criativos, será que me consegues ouvir? Intervenção em Arte-Terapia com Adolescentes institucionalizadas*. Revista Portuguesa de Arte-Terapia (3), 38-45.

Matos, G.M. & Equipa Aventura Social. (2018). *HBSC: A Saúde dos Adolescentes Portugueses Após a Recessão – Dados Nacionais do Estudo HBSC 2018*. Lisboa, FMH/UL, 2018. Consultado a 17 de Dezembro de 2019. Disponível em: http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf

Medeiros, G., Seger-Jacob, L.; Garreto, A; Kim, H.; Coccaro, E. & Tavares, H.. (2019). *Aggression directed towards others vs. aggression directed towards the self: clinical differences between intermittent explosive disorder and nonsuicidal self-injury*. Brazilian Psychiatric Association. 41(4): 303-309. DOI:10.1590/1516-4446-2018-0149

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Moreno, Z., Blomkvist, L. & Rutzel, T. (2001). *Realidade Suplementar E a Arte de Curar*. São Paulo: Ágora.

Nabais, A. & Guerreiro, E. (2005). A intervenção psicoterapêutica de grupo com crianças no período de latência. In Vidigal, M., Coord. *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes – aprender a pensar*. (pp.215-218). Lisboa: Trilhos editora.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência- pp 14-127.

Oliveira, K., Nakano, T. & Wechsler, S. (2016). Criatividade e Saúde Mental: Uma revisão da Produção Científica na Última Década. *Temas em psicologia*, 24 (4), 1493-1506.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer do conselho de enfermagem nº101/2018. Parecer nº 226/2009, do Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018: *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde*

Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº 151 de 2018-08-07), 21427 – 21430. Acedido a 26 de Dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Peres, M., Barreto, A., Teixeira, S., & Fernandes, M. (2017). Programas de Intervenção Psicoterapêutica Grupal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe.5), 5, 87–92.

Price, O.; Baker, J.; Bee, P.; Grundy, A.; Scott, A.; Butler, D. ... Lovell, K. (2018). *Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings*. *J. Adv Nurs*. 74:614–625. Acedido a 2 de Novembro de 2019. DOI: 10.1111/jan.13488

Ranney, M.; Bromberg, J.; Hozey, A.; Casper, C.; Mello, M.; Spirito, A... Linakis, J. (2018). *Problem Behaviors and Psychological Distress Among Teens Seen in a National Sample of Emergency Departments* *Academic Pediatrics*, 18 (6), 650-635. Acedido a 2 de Novembro de 2019. DOI: 10.1016/j.acap.2018.02.016

Ribeiro, C. (2003). *Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem*. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 16 (1): 109-116. Consultado a 28 de Dezembro de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n1/16802.pdf>

Rispa, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: Uma abordagem de desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência. pp. 62-70

Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões culturais editora.

Rolfe (2001). *Reflective model*. University of Cumbria. Consultado a 28 de Dezembro de 2019. Disponível em: <https://my.cumbria.ac.uk/media/MyCumbria/Documents/ReflectiveModelRolfe.pdf>

Sadock, B., Sadock, V., Ruiz, P. (2017). *Compêndio da psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sampaio, F; Sequeira, C. & Canut, T. (2018). *Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica*. Revista Portuguesa de enfermagem de saúde mental. Nº19. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.

Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia. (2013). Arte Viva: Revista Portuguesa de Arte-Terapia nº3. Consultado a 8 de Dezembro. Disponível em: <http://arte-terapia.com/>

SPPSM. (2019). *Profissionais que atuam na área*. Acedido a 1 de Dezembro de 2019. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/profissionais-que-atuam-na-area/>

Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2001) – *Enfermagem psiquiátrica – princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática baseados na Evidência*. Loures: Lusociência.

Tremblay, R.E.; Masse, B.; Perron, D.; Leblanc, M.; Schwartzman, A.; Ledingham, J. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior, and delinquent personality: longitudinal analyses. Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 64-72. Consultado a 2 de Novembro de 2019. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.1.64>

Welsh, E., Bader, S., & Evans, S. (2013). *Situational variables related to aggression in institutional settings*. *Aggression and Violent Behavior* 18 (2013) 792–796. Consultado a 1 de Dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178913001043>

WHO. (1996). *Report of the WHO global consultation on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 29 de Fevereiro de 2020. Disponível em:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

WHO. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Geneva: World Health Organization

WHO. (2010). *Mental health promotion in young people an investment for the future*. Copenhagen: World Health Organization. Acedido a 13 de Novembro. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2010/mental-health-promotion-in-young-people-an-investment-for-the-future>

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & United Nations Development Programme (2014). *Global status report on violence prevention* 2014. Geneva: World Health Organization. Acedido a 13 de Novembro. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Adolescente do sexo masculino

Data de internamento: 5 de Março de 2019

Motivo internamento: agravamento progressivo de heteroagressividade dirigida a pessoas e objetos e recusa terapêutica no ambulatório.

<u>A.R.C.</u>	5/3/2019	25/09/2019
Risco suicidário	Médio	Médio
Autoagressividade	-----	Baixo
Violência	Muito alto	Muito alto
Risco de fuga	Alto	Alto
Risco de reações adversas à medicação	Médio	Alto
Riscos associados a patologia orgânica	-----	-----

- Verificou-se que **não existia ARC desde Março de 2019**, pelo que realizei a atualização do RC do jovem a 25 de Setembro de 2019.
- Apresenta no Sclinico os seguintes focos/diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem:
 - Auto controlo: Agressividade
 - Vigiar comportamento agressivo
 - Vigiar resposta comportamental
 - Vigiar comportamento
 - Comportamento de adesão
 - Avaliar adesão ao regime terapêutico
- Sem Foco/diagnóstico levantado de acordo com **“Risco de reações adversas à medicação” – Alto Risco**, no entanto com referência a hipotensão (90/55mmhg) em “notas gerais” e descrita “sialorreia e tremores dos membros superiores” na intervenção “Avaliar Humor”.

Adolescente do sexo masculino

Data de internamento: 9 de Setembro de 2019

Motivo de internamento: Ingestão medicamentosa voluntária – ideação suicida com plano estruturado.

<u>A.R.C.</u>	9/9/19	24/9/19	27/9/19
Risco suicidário	Muito Alto	Alto	Alto
Autoagressividade	Muito alto	Médio	Médio
Violência	-----	-----	Médio
Risco de fuga	Muito Alto	Alto	Alto
Risco de reações adversas à medicação	-----	Médio	Baixo
Riscos associados a patologia orgânica	-----	-----	Baixo

- Verificou-se que existem **alguns indicadores não avaliados nas ARC anteriores**, pelo que realizei uma atualização a 27 de Setembro de 2019.
- Apresenta no Sclinico os seguintes focos/diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem:
 - Auto-agressão
 - Vigiar ideação suicida
 - Vigiar comportamento
 - Vigiar resposta comportamental
 - Comportamento de adesão
 - Avaliar adesão ao regime terapêutico

Adolescente do sexo masculino

Data de internamento: 12 de Agosto de 2019

Motivo de internamento: Heteroagressividade e comportamentos auto-lesivos em contexto de Perturbação do Espectro do Autismo.

<u>A.R.C.</u>	12/08/19	27/09/19
Risco suicidário	Alto	Médio
Autoagressividade	Muito Alto	Muito Alto
Violência	Alto	Muito alto
Risco de fuga	Alto	Alto
Risco de reações adversas à medicação	Baixo	Baixo
Riscos associados a patologia orgânica	Baixo	Baixo

- Verificou-se que **não existia ARC desde 12 de Agosto de 2019**, pelo que realizei a actualização do RC do jovem a 27 de Setembro de 2019.
- Apresenta no Sclínico os seguintes focos/diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem:
 - Auto-controlo : Agressividade
 - Vigiar comportamento agressivo
 - Vigiar resposta comportamental
 - Avaliar auto controlo: agressividade

Diagnósticos/Focos **em falta**, por apresentar **alto risco de fuga e muito alto risco de autoagressividade**:

- Comportamento de adesão
 - Avaliar adesão ao regime terapêutico
- Auto – agressão
 - Avaliar comportamento autodestrutivo

Adolescente do sexo feminino

Data de internamento: 25 de Setembro de 2019

Motivo de internamento: Transtorno Conversivo e Comportamentos auto lesivos

<u>A.R.C.</u>	25/09/2019	28/09/2019	03/10/2019	09/10/2019
Risco suicidário	Médio	Médio	Médio	Médio
Autoagressividade	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Baixo
Violência	Médio	-----	Médio	Médio
Risco de fuga	Alto	-----	Alto	Baixo
Risco de reações adversas à medicação	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Riscos associados a patologia orgânica	-----	-----	Baixo	Baixo

- ARC realizada de forma regular e atualizada.
- Apresenta no Sclínico apenas as seguintes intervenções de enfermagem r/c Autoagressividade:
 - Vigiar resposta comportamental

Diagnósticos/Focos **em falta**, por apresentar alto risco de fuga e muito alto risco de autoagressividade:

- Comportamento de adesão
 - Avaliar adesão ao regime terapêutico
- Auto – agressão (Nota: foi levantado este foco, posteriormente à auditoria, no mesmo dia)
 - Avaliar comportamento autodestrutivo
 - Vigiar comportamento

Adolescente “M”, sexo feminino

Data de internamento: 20 de Setembro de 2019

Motivo de internamento: Auto e Heteroagressividade

<u>A.R.C.</u>	20/09/2019	21/09/2019	27/09/2019
Risco suicidário	Alto	-----	Médio
Autoagressividade	Alto	Muito Alto	Muito Alto
Violência	Baixo	-----	Médio
Risco de fuga	Baixo	-----	Baixo
Risco de reações adversas à medicação	Baixo	-----	Baixo
Riscos associados a patologia orgânica	Baixo	-----	-----

- Verificou-se que existiam **alguns indicadores não avaliados na ARC anterior**, pelo que realizei uma atualização a 27 de Setembro de 2019.
- Apresenta no Sclínico os seguintes focos/diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem:
 - Auto-agressão
 - Vigiar comportamento (nota específica: vigiar autoagressividade)
 - Vigiar resposta comportamental

Adolescente do sexo feminino

Data de internamento: 25 de Setembro de 2019

Motivo de internamento: PCA

<u>A.R.C.</u>	25/09/2019
Risco suicidário	Baixo
Autoagressividade	Baixo
Violência	Baixo
Risco de fuga	Baixo
Risco de reações adversas à medicação	Baixo
Riscos associados a patologia orgânica	-----

- Verificou-se que no dia da sua admissão, não existia nenhuma ARC proveniente da Urgência pelo que foi realizada uma ARC no primeiro dia do seu internamento a 25 de Setembro de 2019.

**APÊNDICE 3 – Grelha de registos de enfermagem em Saúde Mental e
Psiquiatria**

[illegible]

[illegible]

Legendas:

Humor H.E. – humor eutímico H.I. – humor irritável H. A. – humor apreensivo H.Ans. – humor ansioso H. Ap. – humor apático H.Euf. – humor eufórico H.D. – humor deprimido Pensamento Del. - Delirante I.H. - ideiação homicida I.S. - ideiação suicida F. - fobia Rom. - rominação	Pensamento Del. - Delirante I.H. - ideiação homicida I.S. - ideiação suicida F. - fobia Rom. - rominação Discurso Mut. – Mutismo Copro. – Coprolália Disar.- disartria Ecol. – ecolália S.P. – Salada de Palavras F.I. – Fuga de Ideias Tang. – Tangencialidade Sol. - Solilóquios	Fácies F.Tr. – fácies tranquilo F.T. - fácies triste F.Abo. – fácies aborrecido F.Al.- fácies alegre F.Ans. – fácies ansioso F.Z. – fácies zangado Atitude Disp. – Disponível N.Disp. – Não Disponível Hos. – Hostil Ret. –Retraída Desc. - Desconfiada	Atividade Psicomotora Cumpr. rep. c/ inc – cumprimento de repouso com incentivo Cumpr. rep. – cumprimento de repouso PCA : Perturbação do Comportamento alimentar: exe. Fís. – faz exercício físico Agit. Psic. – agitação psicomotora N. cumprimento de rep. – não cumprimento de repouso Inq. – inquietação psicomotora Est. - estereotípias	Agressividade C.A.L.- comportamentos auto-lesivos A.R.I. – autônomo atividades recreativas individuais A.R.G. – autônomo atividades recreativas de grupo P.G.P. – próximo de grupo de pares S/agre. – sem agressividade latente ou expressa Agre. Latente – com agressividade latente no discurso ou comportamento Agre. Verbal – com agressividade verbal Agre. Física pessoa – agressividade física dirigida a pessoas Agre. Física Obj - agressividade física dirigida a objetos
--	--	---	---	---

**APÊNDICE 4 – Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria: Imaginação Guiada**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em
Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiatria:
Imaginação Guiada**

Aluna de Mestrado: Sara Martins nº 8906

Professor Orientador: Professor Doutor António Nabais

Justificação da intervenção - Imaginação Guiada

A Imaginação Guiada (IG) pode ser usada com objetivos distintos, tal como relaxamento ou psicoterapia (Prayne, 2003). É usada a imaginação e o processamento mental do utente como técnica de relaxamento, em que o instruem a concentrar-se em imagens agradáveis para substituir pensamentos negativos, podendo ser conduzidas por um técnico, gravação ou autodirigidas (Felix, Ferreira, Oliveira, Barichello, Pires & Barbosa & 2018). Embora as imagens não tenham uma influência tão marcada como a realidade, imprimem no corpo a mesma qualidade experiencial. A resposta somática às imagens traduz-se nas mudanças psicofisiológicas ocorridas no corpo, visto que a imagem é experienciada como real (Apóstolo, 2010). Apóstolo (2010) baseando-se em Samuels (2003) explica que as endorfinas possam estar envolvidas no controlo do humor; são encontradas em elevadas concentrações no sistema límbico e em áreas envolvidas na transmissão da dor e processamento de emoções proporcionando um efeito prazeroso. Neste sentido, as imagens mentais positivas estimulam o sistema límbico, pelo que estimula a produção de endorfinas com consequente efeito analgésico natural.

O recurso à I.G., apesar de apresentar diversos benefícios também é necessária advertência no seu uso, uma vez que, pode colocar a pessoa em contato com o seu íntimo, o que pode desencadear reações emocionais, como raiva, culpa ou frustração, exigindo uma supervisão adequada (Apóstolo, 2010). Quanto aos doentes psicóticos ou com distúrbios da personalidade, a técnica deve ser desenvolvida por técnicos de saúde com competências nesta área e o seu uso pode ser desaconselhado pela dificuldade em distinguir realidade de fantasia na pessoa com alucinações (Kubes, 2015).

A IG é, assim, uma criação de uma experiência mental através de imagens a partir da voz do terapeuta dirigindo a atenção da pessoa para a criação das mesmas. O sentido de mudança e do controle sob os acontecimentos originam mais otimismo, auto-estima, maior tolerância à dor e stress.

Segundo CEEESM (2011), em Diário da República, no que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, este “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (p.8670). Desta forma, como futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) procurarei desenvolver uma intervenção psicoterapêutica a implementar a um grupo-alvo, fazendo parte deste, os jovens internados no meu local de estágio no Serviço de Psiquiatria.

Caraterísticas do grupo-alvo

O grupo-alvo irá ser constituído por jovens, com faixa etária dos 12 aos 17 anos, de ambos os sexos, no estádio da adolescência, com diagnóstico de enfermagem principal “Ansiedade presente”. Apesar deste diagnóstico fazer parte das caraterísticas da população em causa, também considero que a técnica da IG seria aplicável a outros diagnósticos de enfermagem conhecidos, designadamente: Baixo autocontrolo: impulso, Baixa autoestima, Stress moderado, Coping comprometido, Humor depressivo e Isolamento social.

As caraterísticas descritas acima constituem, assim, os critérios de inclusão. No entanto é de mencionar que os critérios de exclusão incluem: jovens com transtorno psicótico, apresentarem alterações cognitivas, heteroagressividade ou comportamentos potencialmente disruptivos para o grupo.

Diagnóstico de enfermagem do grupo-alvo

Apresentam-se de seguida as intervenções e respetivas atividades delineadas segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2016), atendendo ao foco com diagnóstico de enfermagem “Ansiedade” do grupo-alvo.

Diagnóstico	Intervenção Principal	Ações	Resultado esperado principal
Ansiedade	Técnica de Imaginação Guiada	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o procedimento, inicialmente, inclusive sensações possivelmente sentidas; • Escutar atentamente a pessoa; • Preparar a pessoa para o procedimento; • Promover o conforto da pessoa (fornecer um colchão, tapando-a com lençol/cobertor); • Gerir o ambiente, criando uma atmosfera confortável (redução da luminosidade, regulação de temperatura da sala e colocação de música calma, por exemplo); • Envolver a pessoa no procedimento; • Ensinar sobre respiração no início da técnica; • Executar técnica IG através de um guião pré elaborado; • Induzir o relaxamento através da técnica; • Orientar a pessoa através do guião, usando uma linguagem serena, com tom de voz baixo, firme, gentil e claro; • Estimular a concentração da pessoa; • Supervisionar a pessoa durante o procedimento; • Minimizar e gerir potencial desconforto durante a sessão; • Conversar no final do procedimento com a pessoa, conhecendo o seu feedback e esclarecendo dúvidas existentes. 	Ansiedade Reduzida

Objetivos gerais e específicos

A presente técnica apresenta como objetivo geral **aplicar uma intervenção psicoterapêutica ao jovem com diagnóstico de enfermagem: ansiedade**. Como objetivos específicos pretendo:

- Adaptar a técnica holisticamente ao grupo-alvo;
- Reduzir o grau de ansiedade no jovem, estimulando a concentração e relaxamento;
- Familiarizar o jovem com estratégias de coping que reduzam o grau de ansiedade;
- Aumentar na pessoa o sentimento de controlo da ansiedade;
- Melhorar a sua qualidade de vida.

Plano de Sessão de técnica de relaxamento: “A Nuvem dourada”

Objetivo geral: diminuição da ansiedade e promoção do relaxamento a um grupo de jovens com diagnóstico de enfermagem: Ansiedade presente.

Horário: Duas sessões, em semanas distintas, no Mês de Outubro de 2019 – às 11h30;

Duração: 1h30 min.

Local: Ginásio

Terapeuta: Enfermeira Sara Martins

Plano de Sessão da Técnica de Relaxamento com Imaginação Guiada – A Nuvem Dourada

Etapas	Objetivos específicos	Intervenção/Ações	Recursos Humanos	Recursos Materiais/ Metodologia	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento da técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar ao grupo as normas durante a sessão; • Explicação breve acerca da I.G; • Incentivar a participação do grupo e modelação de um comportamento adequado. 	Terapeuta: Enf. Sara Martins Co-terapeuta: EESMP	Método expositivo	5 min.
Quebra Gelo	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação/Conhecimento entre o grupo; • Adaptação ao espaço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o grupo: a bola passa por cada elemento enquanto indicam um lugar onde se sentem bem (“o seu lugar seguro”). 		Bola	5 min.
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar espaço para libertar tensões; • Preparar o grupo para início da técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de movimentos ativos dos membros. • Realização de alongamentos. 		Colunas de Música	10 min.
Relaxamento Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Promover relaxamento inicial; • Promover concentração para o momento: abstração de preocupações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação do procedimento: <ul style="list-style-type: none"> - Devem estar deitados de forma confortável, com os membros em cima do colchão; - Os olhos devem estar fechados; 		Colchões Mantas e Lençóis	10 min.

		<ul style="list-style-type: none"> - A respiração deve ser calma e profunda, regular e diafragmática; - Devem posicionar as duas mãos em cima do tórax, com os dedos médios em contato: à inspiração os dedos afastam-se, a caixa torácica expande, e, à expiração os dedos juntam-se e a caixa torácica comprime; - Devem inspirar durante 3 segundos e expirar em 3 segundos, com algumas repetições; • Estimular a atenção para o que é dito pelo terapeuta. 			
Imaginação Guiada	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o bem-estar e relaxamento; • Estimular a concentração; • Promover a autoconfiança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o grupo através do guião de IG; • Devem focar a atenção para dentro de si. 			30 min.
Acordar	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para o aqui e agora; • Preparar para despertar para a realidade e tomar consciência do espaço envolvente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Devem mover os membros suavemente; • Espreguiçar; • Abrir os olhos e sentar-se. 			10 min.
Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a eficácia da técnica; • Conhecer feedback dos 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de um questionário; • Partilha da experiência com exposição 		Questionário	20 min.

	participantes; <ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar a libertação de pensamentos e emoções; • Promover conhecimento de si próprio. 	oral; <ul style="list-style-type: none"> • Devolver reforço positivo ao grupo. 		Canetas Método expositivo	
--	---	---	--	----------------------------------	--

Avaliação geral do processo

Nº da Sessão: 1 Data: ____/____/____

Participante (opcional): _____

Instrução: Assinale com (X) na grelha que se segue relativamente ao que sentiu durante a técnica da Imaginação Guiada.

Nível da Ansiedade. Senti... :	Grave	Moderado	Leve	Nenhum
Inquietação				
Nervosismo				
Tensão facial				
Verbalizei ansiedade				
Ataque de pânico				
Autocontrolo da ansiedade. Senti... :	Não demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas vezes demonstrado
Controlei a resposta à minha ansiedade				
Usei a técnica de respiração eficazmente para induzir relaxamento				
Nível de conforto. Senti... :	Nada satisfeito(a)	Um pouco satisfeito(a)	Moderadamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
Bem-estar físico				
Controle de sintomas				
Bem-estar mental				
Satisfação do Cliente. Senti... :	Nada satisfeito(a)	Um pouco satisfeito(a)	Moderadamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
Conforto durante a implementação da técnica				

Guião para técnica de Imaginação Guiada – “A nuvem dourada”

Fiquem confortáveis e coloquem os braços esticados ao longo do corpo.

Comece por fechar os olhos.

Sempre que lhe surjam pensamentos, o que é natural, não lute contra eles, simplesmente, deixe-os ir embora...

Agora, concentre-se na sua respiração. Vamos inspirar pelo nariz, encher bem os pulmões de ar, e expirar pela boca: inspira (demonstrar)....e expira pela boca....quando inspira pelo nariz, o peito sobe e quando expira pela boca, o peito desce ... sinta o peito a levantar...e cada um ao seu ritmo...com tranquilidade...isso...Procure manter-se continuamente centrado aqui, neste momento...

Agora eu vou-vos pedir que imaginem um sítio agradável ao ar livre...esse sitio é uma praiasó se encontra a si nesta praia...para chegar a ela vai descer por uma escada...Dentro de momentos, numa contagem decrescente que eu vou fazer, de 10 segundos até 1, vai começar a descer por essa escada...

em 10...encontra-se a preparar-se para descer essa escada...em 9....começou a descer...em 8...continua a descer....7...Sinta o seu corpo a relaxar a cada inspiração enquanto desce....em 6, começa a sentir-se mais leve....em 5....em 4....está quase a chegar a essa praia....3....2....1....encontra-se agora na praia, no seu lugar seguro...sinta os seus pés na areia quente e confortável.... a areia é fina e suave

Sinta-se estável... equilibrado, inabalável...

(silêncio)

“Imaginação pela praia”

Ao olhar para o horizonte, repara no mar, nas ondas...e ouve o seu som... a onda vai e vem...o mar está calmo

As pequenas gaivotas voam alegremente... repare, também, que existem alguns golfinhos saltando alegremente pelo mar...pelas ondas...

Observe o movimento das nuvens e do vento...O ar que sopra no rosto suavemente traz o calor...Tudo é harmonia...Note a mudança de cores no céu...

O sol esconde-se por detrás das nuvens...está um dia agradável e bonito...

Quando olha com mais atenção também encontra uma bela nuvem, brilhante e dourada...repare como ela é brilhante...

Enquanto a observa, ela começa a dirigir-se na sua direção...lentamente, ela aproxima-se de si...continua a aproximar-se...e está cada vez mais perto....tão perto que se encontra, agora, a uns metros da sua cabeça...esta nuvem brilhante, que também é luminosa, está,

agora, a enviar-lhe um feixe de luz...vou-vos pedir para que imaginem essa luz no topo da vossa cabeça, é uma luz tranquilizante...

Esta luz vai passar por todo o vosso corpo e vai ajudar a relaxar...passa pela testa...olhos...lábios...queixo...pescoço...ombros...sinta essa zona a relaxar...dirige-se também para baixo, passa pelo peito, coração...e o coração bombeia essa luz para todas as artérias e veias...expande-se pelos braços, mãos...vai descendo pela bacia, pernas, pés, dedos dos pés....completamente relaxados...

(silêncio)

Apercebe-se, então, que esta nuvem cheia de luz não é uma nuvem qualquer, não é uma nuvem comum...esta nuvem é dourada e está cheia de pura energia ...Imagine-se a caminhar pela praia, e esta nuvem caminha consigo...é uma nuvem que o segue e protege...ao pisar a areia, sinta os seus pés no chão, bem firmes...caminhe livremente pela praia e deixe as suas pegadas para trás...solte o ar que circula no seu corpo e sinta-se cada vez mais tranquilo, mais leve, como uma pena...pouco a pouco, surge uma sensação de liberdade...

Enquanto caminha, a nuvem acompanha-o...e gotas de energia começam a cair dessa nuvem, em direcção a si.....e caem gotas e mais gotas.....esta chuva miudinha lava o seu corpo e a sua alma....limpa-a de todas as impurezas...deixando-o mais calmo, leve, tranquilo...

Deixe que toda a sua mente seja lavada plenamente...deixe que ela lave e leve toda a insegurança....e permita-se sentir, novamente, com esperança, com força, fé, com confiança...

Permita que, tudo o que a limita ou bloqueia, seja eliminado...

Deixe que todas as energias indesejáveis saiam....sejam levadas agora completamente por essa chuva de energia

Enquanto renova a sua energia, outros golfinhos e animais marinhos mergulham pelo mar...ouça os seus sons, sinta os raios solares na sua pele, sinta a areia delicada e fina a aquecer os seus pés....deixe-se envolver pelo ambiente de tranquilidade...

...(silêncio)

Sinta o calor, a energia, que a nuvem dourada continua a enviar-lhe...Depois de se sentir purificado deixe que a sua mente se sintonize com essa energia vital....vista-se de alegria...vista-se de felicidade... vista-se de harmonia

Sinta que reencontra a sua forma original....que é novamente aquilo que sempre foi e que se tinha esquecido...que é de novo um ser de luz....

Tome consciência da felicidade de que é estar aqui....

Tome consciência da sabedoria, da paz, da tranquilidade, do amor, e outras qualidades que existem em si...deixe que essas qualidades sejam a sua consciência...

“O despertar”

O tempo vai passando e o pôr do sol avizinha-se...Lentamente, o sol vai-se escondendo, as cores passam a laranja, vermelho, amarelo...Observe a mudança de cenário e em como pode aprender com essa experiência...Agora despeça-se da sua nuvem...agradeça-lhe...ela está a começar a subir novamente...muito, muito, lentamente

Ouçã e repare nos sons que o envolvem ... Ao regressar desta imaginação, volta agora mais seguro, revigorado, optimista, tranquilo ...

(silêncio)

Agora, vamos começar a mexer os dedos das mãos, as mãos, muito suavemente....de seguida vamos mexendo as nossas pernas, os braços, suavemente. ... Tome consciência de que voltou a esta sala. Vamos inspirar fundo novamente...encher o peito com ar, e expirar pela boca...a seguir, vamos abrir os olhos e quem quiser, pode espreguiçar-se. Calmamente...vamos voltar à posição de sentado.

BIBLIOGRAFIA

- Amaral, A. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Apóstolo, J. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stress*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (CEEESM). Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011. Artigo 4.º. Diário da República.
- Felix, M. M., Ferreira, M. B., Oliveira, L. F., Barichello, E., Pires, P. d., & Barbosa, M. H. (2018). *Terapia de Relaxamento Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial randomizado*. Revista latino-Americana de Enfermagem.
- Kubes, L. (2015). *Imagery for Self-Healing and Integrative Nursing Practice*. The American journal of nursing. Vol.115, Nº11 DOI:10.1097/01.NAJ.0000473313.17572.60
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2015*. Genebra: Lusodidacta
- Prayne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde*. Pp.161-186. Loures: Lusociência.

AValiação da intervenção

1ª Sessão do mês de Outubro:

- “M”, jovem com PCA; esteve de olhos cerrados durante a técnica, com postura descontraída. No final, afirma: “ Fiquei surpreendida comigo própria, estou muito contente por ter relaxado. A palavra é “leve”.” (sic)
- “I”, jovem com PCA; encontrou-se com fâcies tranquilo e postura descontraída. Afirmou: “consegui relaxar mais para o final, até acho que consegui adormecer. Senti-me bem. A palavra é “bem-estar”.” (sic)
- “R”, jovem internado por IS; manteve olhos abertos por períodos, com fâcies apreensivo e postura tensa. Afirmou: “Não consegui relaxar nem descontraír. Senti-me sempre tenso. A palavra é “tensão”.” (sic)
- “L”, jovem internado por CAL; esteve sempre em decúbito lateral direito, com olhos cerrados e fâcies tranquilo. Afirmou: “Consegui relaxar, sempre gostei muito de meditação e estas coisas...a palavra é “leve”” (sic)
- “J”, jovem internado por perturbação do comportamento; esteve a dormir, sem cumprir indicações e recusou partilhar experiência no fim da sessão.
- “C”, jovem internada por CAL; permaneceu em posição fetal, com períodos de inquietação. Afirmou: “Não senti nada...não sei. Não tenho palavra.” (sic)
- “G”, jovem internado por heteroagressividade; no início da sessão, apresentou comportamento desafiante, a testar limites e a boicotar a atividade, não ajustando o seu comportamento com intervenção, tendo sido excluído da atividade.
- “F”, jovem internada por PCA; permaneceu sempre em decúbito dorsal com braços ao longo do corpo, com fâcies tenso por períodos. Afirmou: “Senti-me bem e consegui relaxar desde o início. A palavra é “bem estar”.” (sic)
- “B”, jovem internada por PCA; esteve a dormir, com fâcies tranquilo, aparentemente, sem conseguir seguir indicações. Afirma: “Consegui descontraír mais no final e adormeci. Senti-me bem e leve. A palavra é “Bem””.” (sic)
- “F”, jovem internado por Transtorno Conversivo; apresentou fâcies tranquilo a apreensivo, com olhos abertos por períodos. Afirmou: “Não consegui relaxar bem, a parte que eu mais gostei foi dos alongamentos. A palavra é “Zen”.” (sic)
- “A”, jovem internado por IS; permaneceu de olhos abertos, pelo que necessitou de ajuda do co-terapeuta durante a técnica. Afirma: “Gostei da sensação mas não consegui abstrair-me dos meus pensamentos. A palavra é “confusão”.” (sic)

2ª Sessão do mês de Outubro:

- “M”, jovem com PCA; esteve de olhos cerrados durante a técnica, com postura descontrída. No final, afirma: “Consegui relaxar facilmente, está a ser mais fácil para mim. A palavra é “tranquila”.” (sic)
- “E”, jovem internada por IS; esteve em permanência a brincar com almofada e hipervigil, com postura tensa. Afirmou: “ Eu não consegui relaxar, não gosto muito desta atividade. A palavra é “normal”.” (sic)
- “A”, jovem internado por CAL; apresentou fâcies aborrecido, inquietação durante a técnica, com intervenção do co-terapeuta. Afirmou: “Não consigo relaxar. Nunca consegui relaxar com esta atividade. Não sei como conseguir. A palavra é “impaciência”.” (sic)
- “L”, jovem internada por síndrome depressivo; esteve com postura descontrída, com fâcies tranquilo. Afirmou: “quando estava a tentar seguir o que estava a dizer acho que senti calor, gostei mais desta vez. A palavra é: “praia”.” (sic)
- “D”, jovem internada por CAL; esteve em interação com M.E., sem querer tentar seguir indicações da técnica, com necessidade de mediação pelo co-terapeuta. Afirmou: “não gosto e acho uma seca. A palavra é “seca”.” (sic)
- “F”, jovem internado por Transtorno Conversivo; apresentou fâcies tenso por períodos, permaneceu em decúbito dorsal com postura descontrída. Afirmou: “para mim foi fácil relaxar...e eu adoro praia, por isso consegui sentir-me bem. A palavra é “contente”. (sic)
- “R”, jovem internada por PCA; apresentou fâcies tranquilo, olhos cerrados durante a técnica. Afirmou: “Eu já conhecia a técnica, e sempre gostei mas não consegui imaginar tudo. A palavra é “concentração”.” (sic)
- “J”, jovem internada por síndrome depressivo; apresentou fâcies triste, com períodos de labilidade emocional, sendo necessária a intervenção do co-terapeuta. Acaba por sair a meio da sessão por não conseguir permanecer.
- “G”, jovem internado por heteroagressividade; participou apenas nos alongamentos, adormecendo posteriormente. Não acorda para partilhar, apesar de ser chamado, aparentemente em postura de “retirada”.
- “R”, jovem internada por quadro de ansiedade; apresentou fâcies tranquilo, com postura descontrída. Afirmou: “Foi bom, quase que adormeci porque relaxei bastante. A palavra é: “tranquilidade”.” (sic)

**APÊNDICE 5 – Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria: Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de
Jacobson**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em
Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiatria:
Técnica de Relaxamento
Muscular Progressivo de Jacobson**

Aluna de Mestrado: Sara Martins nº 8906

Professor Orientador: Professor Doutor António Nabais

Justificação da intervenção - Técnica de Relaxamento muscular progressivo de Jacobson

O relaxamento é comumente utilizado e é sabido que traz benefícios para a saúde, com vista a diminuir a ansiedade (Townsend, 2011). O relaxamento pode ser encarado como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, acalmando a mente. Pode ser usado para proteger órgãos corporais, aliviar os stress e possibilitar um pensamento mais tranquilo. As técnicas podem ser ensinadas, ou por aprendizagem autodidacta, sendo mobilizadas em vários contextos (Payne, 2003).

A técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, tal como o nome nos indica, foi desenvolvida nos anos 20, por Edmund Jacobson, tendo como pressuposto a alternância da tensão com o relaxamento dos músculos. Neste sentido, é possível aliviar tensões, diminuir stress e ansiedade (Riley, 2013). Consiste num processo ativo, em que se trabalha os principais músculos corporais, criando e libertando a tensão muscular.

Nesta sessão a prática foi adaptada, cumprindo os pressupostos do autor, organizando a sequência de uma forma cefalo-caudal.

Caraterísticas do grupo-alvo

O grupo-alvo irá ser constituído por jovens, com faixa etária dos 12 aos 17 anos, de ambos os sexos, no estádio da adolescência, com diagnóstico de enfermagem principal “Ansiedade presente”. As caraterísticas descritas acima constituem, assim, os critérios de inclusão. No entanto é de mencionar que os critérios de exclusão incluem: jovens com transtorno psicótico, apresentarem alterações cognitivas, heteroagressividade ou comportamentos potencialmente disruptivos para o grupo.

Objetivos gerais e específicos

A presente técnica apresenta como objetivo geral **aplicar uma intervenção psicoterapêutica ao jovem com diagnóstico de enfermagem: ansiedade**. Como objetivos específicos pretendo:

- Reduzir o grau de ansiedade no jovem, estimulando a concentração e relaxamento;
- Familiarizar o jovem com estratégias de coping que reduzam o grau de ansiedade;
- Aumentar na pessoa o sentimento de controlo da ansiedade;
- Deixar-se sentir a ser cuidado pelo outro (importância do toque);
- Melhorar a sua qualidade de vida.

Plano de Sessão de técnica de relaxamento

Objetivo geral: diminuição da ansiedade e promoção do relaxamento a um grupo de jovens com diagnóstico de enfermagem: Ansiedade presente.

Data/hora: Novembro de 2019 – 11h30;

Duração: 1h30 min.

Local: Ginásio

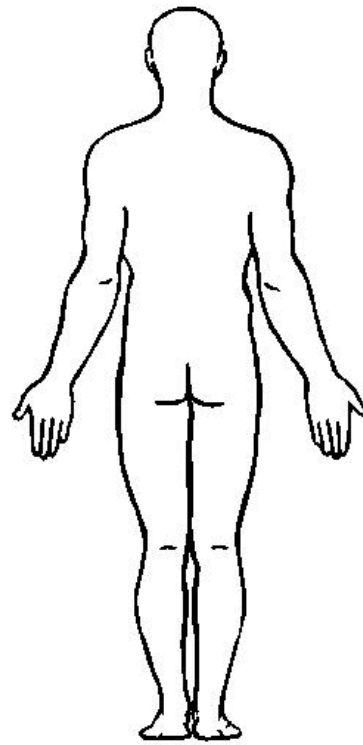
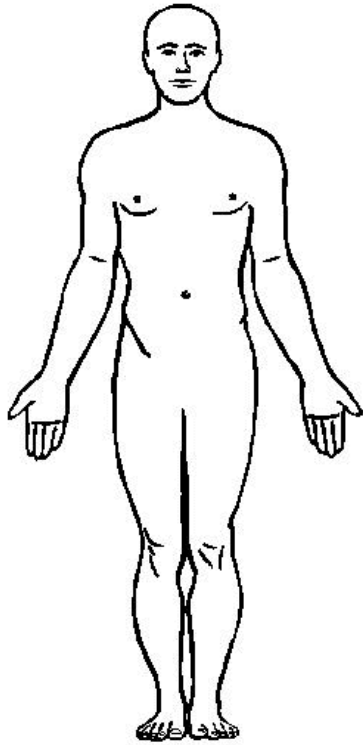
Terapeuta: Enfermeira Sara Martins

Plano de Sessão da Técnica de Relaxamento muscular progressivo de Jacobson

Etapas	Objetivos específicos	Intervenção/Ações	Recursos Humanos	Recursos Materiais/ Metodologia	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento da técnica. • Apresentação/Conhecimento entre o grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação breve acerca da técnica; • Clarificar ao grupo as normas durante a sessão; • Incentivar a participação do grupo e modelação de um comportamento adequado. 	Terapeuta: Enf. Sara Martins Co-terapeuta: EESMP	Método expositivo	5 min.
Quebra-gelo	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação ao espaço; • Preparar o grupo para início da técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar zonas de tensão em si e assinalar com um “X” no desenho do corpo humano; • Procurarem deitar-se confortavelmente em decúbito dorsal, iniciando respiração torácica. 		Folha com corpo humano Canetas Colunas de Música Colchões	10 min.
Relaxamento progressivo de Jacobson	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar espaço para libertar tensões; • Promover concentração para o momento: abstração de preocupações; • Promover o bem-estar e relaxamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a atenção para o que é dito pelo terapeuta; • Implementar plano de relaxamento muscular progressivo; • Supervisionar os participantes e as suas reações. 		Mantas e Lençóis	30 min.

Massagem	<ul style="list-style-type: none"> • Promover relaxamento; • Proporcionar a sensação de ser cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recorrer a acessórios de massagem para realizar massagem mecanicamente; • Aplicar a massagem nas zonas do corpo que os participantes identificaram na folha do corpo humano; • Observar reações externas, nomeadamente, possível desconforto. 		Acessórios De Massagens	30 min.
Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar para despertar para a realidade e tomar consciência do espaço envolvente, orientando para o aqui e agora. • Conhecer feedback dos participantes; • Enfatizar a libertação de pensamentos e emoções; • Promover conhecimento de si próprio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a expressão de sentimentos e dificuldades; • Conhecer se conseguiram relaxar as zonas previamente identificadas como tensas; • Partilha da experiência com exposição oral para o grupo; • Devolver reforço positivo . 		Método expositivo	15 min.

Assinalar na folha do corpo humano as zonas de tensão, com um “X”.



GUIÃO

(Musica sons da floresta)

Comece por inspirar, o peito sobe, as costelas afastam-se....e expirar, o peito desce, as costelas encolhem... com os olhos fechados, olhando para dentro de nós.... vamos repetir, em 3 segundos vamos inspirar...1,2,3....e expirar...em 3,2,1...Sinta como o corpo começa a descontraír...

Para começar vamos contrair os músculos da **testa**, levantando as **sobrancelhas** o máximo que conseguir, continue assim com a testa contraída por 5 segundos...5,4,3,2,1...E subitamente deixe ela relaxar sentindo toda a tensão ir embora.

Agora, dê um **sorriso** de orelha a orelha, contraindo a **boca** e bochechas, segure essa posição por 5, 4, 3, 2,1 e solte...e a tensão vai embora (pausa de 10seg, não esquecer de continuar a inspirar e expirar sempre pelo nariz). Agora, vamos fazer o inverso, contrair os **lábios** como se fosse dar um beijinho e o **nariz** ao mesmo tempo...fazemos uma careta e contraímos em 5,4,3,2,1 e solta....pressionamos agora a **língua** contra o céu da boca por 5 segundos...5,4,3,2,1. Lentamente relaxe a língua e deixe o maxilar ligeiramente aberto (faça uma pausa agora por 10 seg.)

Agora contraia o músculo dos seus **olhos**, fechando-os com força, segure nessa posição por 5,4,3,2,1, e solte... pausa por mais 10 seg.

Agora gentilmente puxe a sua **cabeça** para trás como se estivesse a olhar para o teto, segure essa contração por 5,4,3,2,1, (pausa por 10 seg.)

Agora sinta o peso da sua cabeça e pescoço afundando, inspire e expire, calmamente...deixe ir embora todo o stress..

Agora, contraia os seus **ombros**, levantando-os como se pudesse encosta-los nas orelhas, sinta como estavam pesados, 5,4,3,2,1

Agora contraia o seu **braço direito**, dobrando-o, levando o punho até ao ombro, sinta a contração desse músculo por 5,4,3,2,1, e solte...pausa 10 seg

Agora contraída o seu **braço esquerdo**, dobrando-o, levando o punho até ao ombro, sinta a contracção desse musculo por 5,4,3,2,1, e solte...pausa 10 seg

Contraia, agora, os **dois braços** ao mesmo tempo, com as mãos fechadas, deixando-os ligeiramente no ar, afastados do colchão... por 5, 4,3,2,1, e solte...pausa 10 seg

De forma contraída, agora, feche as suas **mãos**...e fazemos força por 5 seg., 1,2,3,4,5, ...e abrimos a mão. Agora, com as mãos abertas vamos fazer força com os **dedos** em extensão, ou seja, completamente esticados...e faz força durante 5,4,3,2,1...e solta...Sente-se agora que os dedos libertados estão completamente relaxados um, por um...pausa de 10seg.

Agora, vai contrair a parte superior das **costas** puxando os seus ombros para tras como se pudesse encosta-los atras da coluna...mantenha a tensão por 5,4,3,2,1, e relaxe...pausa por novos 10 segundos.

Contraia a sua musculatura do **peito** enquanto inspira fundo, segure o ar e a contração por 5,4,3,2,1, e expire, soltando todo o ar e toda a tenção...pausa por 10 segundos...(repetir)

Agora, contraia os músculos **abdominais** enquanto inspire, só o peito é que mexe. Segure o ar por 5 segundos, vamos lá?! em 5,4,3,2,1 e solte o ar e a contração...pausa por 10 segundos.

Quero que sinta agora como está relaxado, livre de tensão e stress....a parte superior do seu corpo está agora relaxada.

Agora vamos relaxar a parte inferior do corpo.

Contraia as suas **nádegas** em 5,4,3,2,1, e solte...sinta a bacia a descontrair em cima do colchão...não esquecer de continuar a respirar...

Contraia as suas **coxas** pressionando os joelhos um contra o outro como se tivesse a segurar uma moeda entre eles. Segure a contração por 5,4,3,2,1, e solte... libertando a tensão acumulada...(10 segundos.)

Agora, leve a atenção para o **pé direito**..faça o pé ficar curvado para cima, levando os dedos dos pés na sua direção, sentindo a tensão nos gêmeos que isso provoca...sinta a contração por 5,4,3,2,1 e relaxe...sinta o peso das suas pernas a afundarem completamente... Agora faça o pé direito curvar-se no sentido oposto com os dedos a apontarem para baixo...sinta o movimento em 5,4,3,2,1, e relaxa...(pausa 10 segundos)

Leve a atenção para o **pé esquerdo**..faça o pé ficar curvado para cima, levando os dedos dos pés na sua direção ...sinta a contração por 5,4,3,2,1 e relaxe... Agora faça o pé esquerdo curvar-se no sentido oposto com os dedos a apontarem para baixo...sinta o movimento em 5,4,3,2,1, e relaxa...(pausa 10 segundos).

Agora para finalizar imagine uma onda de relaxamento lentamente a espalhar-se por todo o corpo começando pela cabeça, passando pelo tronco e descendo devagar pela ponta dos seus pes, sinta por alguns instantes o peso do seu corpo a começar relaxando...inspire, e expire...

Massagem (musica Disney)

BIBLIOGRAFIA

Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.

Riley, J. (2012). *Communication in nursing*. EUA: Elsevier.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática baseados na Evidência*. Loures: Lusociência.

AValiação da intervenção

- “M”, jovem com PCA; apresentou fâcies apreensivo e postura tensa no início da sessão. Seguiu as indicações relativamente à técnica. Apresentou fâcies tranquilo no final da sessão. Aceitou ser cuidada por enfermeira. Afirmou “no início estava muito desconcentrada, não conseguia relaxar, mas foi graças às massagens das enfermeiras que consegui ficar tranquila.” (sic)
- “E”, jovem com transtorno de ansiedade e isolamento social; Não seguiu as indicações relativamente à técnica, tendo sido incentivada, sem sucesso. Fâcies apreensivo, manteve os olhos cerrados como que estratégia de “retirada”, com postura tensa. Aceitou ser cuidada por enfermeira. Quando interpelada no momento da partilha final, reage com agressividade latente, afirmando “*não tenho nada a acrescentar*” (sic), com tom de voz mais elevado.
- “B”, jovem com PCA; apresentou fâcies apreensivo e postura tensa. Com dificuldade em seguir as indicações da técnica. Durante o momento chama por ajuda manifestando desconforto, “enfermeira, não consigo relaxar, estou com muitos pensamentos negativos” (sic). Quando explicado que podia manter olhos abertos, a jovem tenta essa estratégia. Na massagem, aceita ser cuidada mas manteve apatetividade, com dificuldade em abstrair-se dos seus pensamentos. No final na partilha, afirma: “foi a sessão mais dolorosa para mim...não consegui relaxar do princípio ao fim, tive pensamentos maus, com vontade de voltar atrás no meu processo... mas a massagem foi o mais interessante”. (sic)
- “G”, jovem internada por heteroagressividade; apresentou fâcies apreensivo e postura tensa, com dificuldade em seguir indicações relativamente à técnica, necessitando de incentivo. A meio da sessão pede para sair, relatando queixas somáticas, pelo que foi feita intervenção por co-terapeuta, permanecendo na sessão. Aceitou ser cuidada por enfermeira, com grande agrado. No final afirma: “foi difícil para mim, eu quero sair rápido porque preciso de ir à casa de banho. Gostei da massagem”. (sic)
- “D”, jovem internada por CAL; apresentou fâcies apreensivo e postura tensa, com períodos de irritabilidade. Recusou deitar-se no colchão e seguir indicações relativamente à técnica. Quando feita intervenção reage com irritabilidade, pedindo para sair da sessão, no entanto, incentivada a tentar ficar. Manteve-se hipervigil, com comportamento de oposição e inquieta, acabando por aceitar receber massagem na região dorsal, por períodos. Acaba por pedir novamente para sair, verbalizando necessitar de “tomar SOS por ansiedade” (sic), acabando por sair a meio da sessão.
- “L”, jovem internada por CAL; apresentou fâcies tranquilo, com períodos de postura tensa, acabando por descontraí, progressivamente. Seguiu as indicações

relativamente à técnica. Aceita ser cuidada por enfermeira. No final, afirma: “no início estava a sentir-me ansiosa não sei porquê mas com a massagem depois adormeci”. (sic)

- “J”, jovem internado por transtorno da ansiedade; apresentou fâcies apreensivo, postura tensa por períodos, com períodos de agitação motora. Seguiu as indicações relativamente à técnica. Solicita para sair após a primeira parte da sessão referindo que não consegue relaxar. Acaba por permanecer, aceitando ser cuidado por enfermeira. No final verbalizou “não relaxei, achei que foi inútil e irrelevante” (sic), quando confrontado se gostou da massagem, o mesmo afirma que sim.
- “N”, jovem com PCA; apresentou-se com fâcies ansioso e irritabilidade no início da sessão, por momento de angústia que antecedeu a sessão. Acaba por aceitar integrar atividade mas com pouca disponibilidade. Seguiu as indicações relativamente à técnica. Postura mais descontraída com fâcies mais tranquilo, gradualmente. Aceita ser cuidada por enfermeira. No final afirma “enfermeira, eu não gosto muito desta atividade porque não relaxo...acho que foi normal”. (sic)
- “K”, jovem internada por CAL; apresentou fâcies tranquilo e postura descontraída, seguindo todas as indicações. Aceita ser cuidada por enfermeira. No final afirmou “gostei muito da sensação e sinto que relaxei sempre, no final até adormeci”. (sic)
- “H”, internada por surto psicótico; apresentou-se com fâcies desconfiado e postura tensa/descontraída. Tenta seguir indicações com dificuldade, acabando por pedir a enfermeira para sair da sessão por ter vontade de urinar. Acaba por sair da sessão.
- “S”, internada por PCA; apresentou fâcies tranquilo e postura descontraída; Seguiu todas as indicações relativamente à técnica. Aceitou ser cuidada por enfermeira. Verbalizou no final “gostei e sinto-me bem, foi mais fácil relaxar no final”. (sic)

**APÊNDICE 6 – Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria: Expressão dramática**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em
Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiatria:
Expressão Dramática**

Aluna de Mestrado: Sara Martins nº 8906

Professor Orientador: Professor Doutor António Nabais

Justificação da intervenção

O trabalho com a expressão dramática é uma prática teatral envolvendo um trabalho técnico sobre texto, decoração, cenários, adereços, som, luzes, entre outros, ao serviço da terapia. É um modo privilegiado de trabalhar a expressão e a criatividade em contexto terapêutico. Deste modo, está envolvido o corpo físico e a imagem do corpo, assim como a construção de um imaginário. O terapeuta oferece-se como um “eu-auxiliar” ou como um parceiro de representação, mantendo uma visão de toda a dinâmica e processo, e, simultaneamente, espontâneo (Araújo & Carvalho, 2016).

Leite e Malpique (1986), fazendo referência a Tavares (2002), explica que a expressão é libertadora de energias contidas, diversas vezes desconhecidas pela própria pessoa que ajuda a desencadear um crescimento harmonioso da pessoa, e, promove a sua reeducação e reconstrução. Natalie Rogers (1999), considera que as intervenções expressivas são centradas na pessoa, pelo que o essencial não é o produto final, mas todo o processo em si mesmo. A forma como a pessoa vive essa experiência com o intuito de a ajudar a exprimir a sua essência, proporciona bem-estar, autoconhecimento e desenvolvimento pessoal.

Este tipo de intervenções terapêuticas encontram-se interligadas com as competências específicas do EESMP, nomeadamente a nível dos cuidados que o enfermeiro pode prestar no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa, no seu ciclo de vida (neste caso na adolescência), podendo ser usadas em vários contextos (OE, 2018).

Nesta sessão irei recorrer a alguns mediadores e recursos técnicos expressivos, tal como a simulação. A simulação é uma forma de role-playing em que se pede que o protagonista expresse um papel e que o desempenhe. É particularmente útil no treino de competências (Carvalho, 2019).

Caraterísticas do grupo-alvo

O grupo-alvo irá ser constituído por jovens, com faixa etária dos 12 aos 17 anos, de ambos os sexos, no estágio da adolescência, com diagnóstico de enfermagem principal “Baixa auto-eficácia” e “Baixo auto-conhecimento”. Apesar destes diagnósticos fazerem parte das caraterísticas da população em causa, também considero que a técnica seria aplicável a outros diagnósticos de enfermagem conhecidos, designadamente: Baixo autocontrolo: impulso, Baixa autoestima, Coping comprometido e Isolamento social.

As caraterísticas descritas acima constituem, assim, os critérios de inclusão. No entanto é de mencionar que os critérios de exclusão incluem: jovens com transtorno psicótico, apresentarem alterações cognitivas, heteroagressividade ou comportamentos potencialmente disruptivos para o grupo.

Diagnóstico de enfermagem do grupo-alvo

Apresenta-se de seguida a intervenção e respetivas atividades delineadas segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2016), atendendo ao foco.

Diagnóstico	Intervenção Principal	Ações	Resultado esperado principal
Baixo auto-eficácia / baixo auto-conhecimento	Técnica de Expressão Dramática	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar os procedimentos ao grupo; • Escutar atentamente os participantes; • Preparar os participantes para o procedimento, através de um aquecimento; • Gerir o ambiente, criando uma atmosfera confortável; • Orientar os participantes, usando uma linguagem espontânea, com tom de voz firme, gentil e claro; • Supervisionar os participantes durante o procedimento; • Minimizar e gerir potencial desconforto durante a sessão; • Criar um contexto grupal que funcione como catalisador da coesão: Os elementos não são um conjunto anónimo mas sim um grupo, pois existem elos afetivos; • Promover o suporte, apoio, contenção e confiança, entre o grupo: essa confiança permite ao protagonista expor-se verbal ou dramaticamente; • Construir uma relação entre os elementos do grupo que apreendem/aprendem novas formas de lidar com os outros; • Usar a simulação como técnica de dramatização, momento que pode ser induzido o conceito de auto-eficácia, e serem levantadas alternativas ao modo de pensar, podendo o protagonista ser ajudado a refletir nos vários pontos de vista; • Conhecer feedback dos participantes. 	Maior auto-auto-eficácia / maior auto-conhecimento

Objetivos gerais e específicos

A presente técnica apresenta como objetivo geral aplicar uma intervenção psicoterapêutica ao jovem com diagnósticos de enfermagem: **baixo auto-conhecimento e baixa auto-eficácia.**

Como objetivos específicos pretendo:

- Aumentar o grau de auto-conhecimento;
- Promover a auto-estima e auto-eficácia;
- Promover o relacionamento interpessoal;
- Promover a resolução de problemas;
- Favorecer um sentimento de pertença ao grupo.

Plano de Sessão de técnica de Expressão Dramática: “O meu Animal”

Data/hora: Novembro de 2019; 11h30

Duração: 1h

Local: Ginásio

Terapeuta: Enfermeira Sara Martins

Plano de Sessão da Técnica: O meu Animal					
Etapas	Objetivos específicos	Intervenção/Ações	Recursos Humanos	Recursos Materiais/ Metodologia	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento da sessão; • Apresentação/Conhecimento entre o grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar ao grupo as normas durante a sessão; • Explicação breve acerca da sessão; • Incentivar a participação do grupo e modelação de um comportamento adequado. 	Terapeuta: Enf. Sara Martins Co-terapeuta: EESMP	Método expositivo	5 min.
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar espaço para libertar tensões; • Adaptação ao espaço; • Envolver a pessoa do ponto de vista fisiológico (estimulação cardiovascular e respiratória); • Facilitar a predisposição psicológica para o desenvolvimento da etapa seguinte; • Preparar o grupo para início da técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de movimentos ativos dos membros, enquanto deambulam pela sala ao som de música; • Realizar um ou dois grupos (conforme o numero de participantes) e colocar os participantes em círculo com ombros unidos, lado a lado, mãos à frente e postura firme; • Um participante estará no centro do círculo e com os olhos fechados, deixa-se levar pelo balanço proporcionado pelo grupo (teste da confiança); • Trocar o participante que está no centro por outro participante e, assim, sucessivamente. 		Coluna de Música	10 min.

Construção	<ul style="list-style-type: none"> • Promover concentração para o momento: abstração de preocupações; • Construção de uma tarefa que a terão de pôr em cena; • Aumentar a auto-estima e auto-eficácia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada participante deve pensar num animal que se identifique e partilhar para o grupo (o animal não deve ser repetido); • Construir uma máscara a partir de uma folha A4 com orientação de um molde explicado manualmente pelo terapeuta; • Desenhar nessa máscara a face do seu animal, recortando os seus olhos. Colocar a sua máscara na cara com elástico; • A partir do resultado da construção da figura, será induzido um sentimento de auto-eficácia e aumentada a auto-estima, a noção de que se é capaz. 			15 min.
Simulação	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar, através da simulação, imaginação e criatividade, de uma forma positiva e divertida que o jovem internalize as competências e atributos que gostaria de ter; • Promover a coesão grupal; • Aumentar o auto-conhecimento; • Melhorar a auto-estima e auto-eficácia. • Proporcionar um cenário de catarse ao participante (às vezes é difícil para o jovem pronunciar-se sobre os atributos que gostaria de ter, ou sobre as competências que melhor ajudariam a enfrentar as suas dificuldades). 	<ul style="list-style-type: none"> • Com a máscara colocada, cada participante começa a deambular pela sala, ao som de uma música da selva, enquanto seguem as indicações do terapeuta, dramatizando com sons, gestos e movimento (guião); • Seguidamente, cada participante deve refletir no seu espaço (refúgio/habitat), recorrendo à escrita perante questões colocadas pelo terapeuta (guião); • Do outro lado da máscara, escrever as características o seu animal. (como é que o vê? Quais são as características que considera 		Canetas Folhas A4 Elásticos Cadeiras Coluna de som	20 min.

		<p>positivas? E as negativas?) e partilhar para o grupo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por fim, são dispostas as cadeiras numa ponta da sala e o grupo terá de colocar-se em cima das mesmas. Terão de construir, em equipa, uma passagem para o outro lado da sala (ponte), sem saírem de cima das cadeiras. 			
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a eficácia da técnica; • Conhecer o feedback dos participantes; • Enfatizar a libertação de pensamentos e emoções; • Promover conhecimento de si próprio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha da experiência com exposição oral; • Devolver reforço positivo ao grupo; • Explicação da importância do auto-conhecimento e o poder da união; • Enfatizar a possibilidade de pedir ajuda para ultrapassar obstáculos. 		Método expositivo	10 min.

GUIÃO

Simulação:

1ª parte:

Agora, os animais estão a **andar** pela selva....ouvem-se os sons da selva, do que existe na floresta... imaginem que estão no vosso habitat... e encontram outros animais muito diferentes,e começam a conhecer-se e a **cumprimentarem-se**...; e começam a **emitir os seus sons** para se expressarem...**gesticulam** tal como faz o vosso animal...qual é o som do leão? Qual é o som do urso? (etc...); de repente, começam a **correr** mais depressa porque um predador está a observar-vos...e correm, e fogem...de repente, **param!** E **congelam** nesse sitio...ficam apenas a observar, muito discretamente, o que se passa à volta...; o tempo passa e a floresta escurece...teem de passar despercebidos, pois há muitos predadores chegarem com a noite...então **andam de “gatas”**...é hora de regressar ao vosso refúgio...começam a procurar esse refúgio pela floresta a dentro...e procuram...(encontrar um refúgio na sala).. é o vosso esconderijo...e vão permanecer lá.

No **esconderijo**, cada participante descreve na sua máscara, a titulo de reflexão, perante algumas questões que o terapeuta lança : como é que vês o teu animal? Quais são as caraterísticas que considera positivas? E as negativas? Como é o habitat dele? é um animal da terra? Da agua? Ou do ar? Que caraterísticas gostava que o vosso animal tivesse, de outro animal? Como é que o vosso animal agiria perante uma determinada situação? Como é que ele faria para resolver um problema ou obstáculo?

2ª parte:

São dispostas as cadeiras numa ponta da sala e o grupo terá de colocar-se em cima das mesmas. Terão de construir, em equipa, uma passagem para o outro lado da sala, sem saírem de cima das cadeiras. O terapeuta explica: *Estão em cima de um lago muito profundo...está repleto de crocodilos. Se caírem neste lago, serão devorados por esses crocodilos. Não podem atravessar o lago sozinhos, não podem nadar, nem sequer podem tocar a agua que passa por baixo dessas cadeiras...só conseguem alcançar a outra margem se todos os animais se ajudarem, com um trabalho em equipa.* (A solução será construir uma ponte através das cadeiras, passando por cima das mesmas e atravessando-as para a outra margem.)

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, P. & Carvalho, R. (2016). *Conceitos de mediadores de expressão e das suas especificidades*. Manual do Seminário de Arte-Psicoterapia Integrativa – Nível I. Porto.
- Carvalho, R. (2019). *Seminário de Expressão Dramática em Arte-Terapia e Arte-Psicoterapia Integrativa Manual de formação*. Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia nível I.
- Leite, E., & Malpique, M. (1986). *Espaços de criatividade. A criança que fomos/a criança que somos...através da expressão plástica*. Coleção Ser Professor. Porto: Edições Afrontamento.
- Oliveira, K., Nakano, T. & Wechsler, S. (2016). *Criatividade e Saúde Mental: Uma revisão da Produção Científica na Última Década*. Temas em psicologia, 24 (4), 1493-1506.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2015*. Genebra: Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018: *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº 151 de 2018-08-07), 21427 – 21430.
- Tavares, C. (2002). *Prática criativa da enfermagem psiquiátrica: fatores intervenientes no seu desenvolvimento*. Escola AnnaNery R. Enfermagem, Rio de Janeiro. 6(1), 107-117.

AValiação da intervenção

- “T” (17 anos, internado por IS) – Participou ativamente na atividade, com humor apreensivo, postura retraída, fâcies apreensivo. Dramatizou o seu animal escolhendo o macaco; nomeou como característica positiva: amigável; e característica negativa: tímido; a característica que gostava de adotar de outro animal: coragem de um leão.
- “M.” (14 anos, internada por PCA) – participou ativamente na atividade, com humor apreensivo, com postura retraída, fâcies apreensivo; escolheu a Chita como animal, representando o mesmo; característica positiva: ser rápida e ter vantagem na caça; característica negativa: ser predadora, caça presas inocentes; a característica que gostava de adotar de outro animal: “gostava que tivesse asas de borboleta para poder voar e porque as asas seriam importantes para voar para longe dos problemas e dificuldades” (sic).
- “G” (14 anos, internada por CAL) – No início da atividade com postura de oposição, recusando participar na atividade; postura de “retirada”, permanecendo com “capuz” do casaco colocado, humor deprimido, fâcies triste e zangada; colocou-se à parte do grupo, feita intervenção, aderindo progressivamente à atividade, tendo apresentado um momento de labilidade emocional (relacionada com ideação de alta); escolheu o panda como animal, recusando realizar a sua máscara e dramatizar o animal; característica positiva: ser amigável; característica negativa: ser lento; a característica que gostava de adotar de outro animal: coragem do leão.
- “B” (14 anos, internada por PCA) – participou ativamente na atividade, representando o seu animal, escolhendo o porco como animal; fâcies eutímico no início da atividade, tendo apresentado fâcies apreensivo no final da sessão perante a reflexão; característica positiva: ser fofo, engraçado e porque se reproduz; característica negativa: esfregar-se em lama; a característica que gostava de adotar de outro animal: “poder ter ovos como a galinha, para não ter que precisar de uma galinha, devido ao mau cheiro e porque gosto muito de ovo” (sic).
- “P” (14 anos, internada por PCA) – participou na atividade, com humor apreensivo, atitude disponível, postura tensa; representou o seu animal, escolhendo a zebra; característica positiva: ser gira pelas riscas; característica negativa: ser uma presa; a característica que gostava de adotar de outro animal: ter coragem e ser rápida como uma Chita para poder fugir dos predadores.
- “S” (14 anos, internada por PCA) – participou na atividade, com humor apreensivo, postura retraída, sendo pouco in Dramatizou o seu animal, tendo escolhido a girafa; característica positiva: engraçada; característica negativa: ser muito alta; a característica que gostava de adotar de outro animal: “ser mais pequena para poder caber numa quinta dela” (sic).

- “X” (15 anos, internada por CAL e IS) – participou ativamente na atividade, com humor eutímico, estando com atitude disponível; representou o seu animal, tendo escolhido o leão; nomeou como característica positiva: ser bonito pela juba; característica negativa: virar-se contra os outros (agressividade); a característica que gostava de adotar: “gostaria de ter mais coragem” (sic).
- “M” (14 anos, internada por PCA) - atitude pouco disponível, com dificuldade em participar ativamente na atividade apresentando humor ansioso, postura retraída, necessitando de constante incentivo; com alguma dificuldade na compreensão a nível cognitivo; na dramatização participou ativamente e divertida, representando a pantera negra como animal escolhido, ficando com humor apreensivo/eutímico; Na partilha, pouca confiança em partilhar o que tinha escrito; nomeou como característica positiva: ser predadora; e característica negativa: ser feroz; a característica que gostava de adotar de outro animal: “ser vegetariana para não atacar os outros animais” (sic).

**APÊNDICE 7 – Técnicas de Intervenções Psicoterapêuticas em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria: Psicoeducação**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Psicoeducação

Aluna de Mestrado: Sara Martins nº 8906

Professor Orientador: Professor Doutor António Nabais

Caraterísticas do grupo-alvo
<p>O grupo-alvo é constituído por utentes, com faixa etária dos 20 aos 67 anos, de ambos os sexos, na fase adulta, em processo de reabilitação da sua doença do foro psiquiátrico. Encontram-se em programa de intervenção sócio ocupacional e apresentam períodos de baixa adesão terapêutica e défice de informação acerca da importância da mesma.</p>
Diagnóstico de enfermagem do grupo-alvo
<p>Conhecimento comprometido Baixa adesão terapêutica</p>
Objetivos gerais e específicos
<p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover a adesão terapêutica. <p>Como objetivos específicos pretendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar os fatores de risco para a não adesão terapêutica; Identificar fatores facilitadores para a sua adesão; Identificar estratégias de adesão; Estimular a concentração e raciocínio; Melhorar a comunicação com a expressão oral; Promover o espírito de equipa e socialização; Estimular motricidade fina, através da expressão escrita; Promover reflexão crítica.
Dados da Sessão “Quizz adesão terapêutica”
<p>.</p> <p>Horário: Janeiro de 2020</p> <p>Duração: 50 minutos, 11h-11h50</p> <p>Local: Sala de atividades</p> <p>Terapeuta: Enfermeira Sara Martins</p>

Plano de Sessão – “Quizz adesão terapêutica”

Etapas	Objetivos específicos	Intervenção/Ações	Recursos Humanos	Recursos Materiais/ Metodologia	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento da atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar ao grupo as normas durante a sessão; • Explicação breve da atividade; • Incentivar a participação do grupo e modelação de um comportamento adequado. 	Terapeuta: Enf. Sara Martins Co-terapeuta: EESMP	Método expositivo	5 min.
Psicoeducação: Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação/Conhecimento entre o grupo; • Adaptação ao espaço; • Formação de grupos de trabalho; • Reflexão pessoal acerca do seu comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada participante apresenta-se ao grupo, caso haja entrada de algum elemento novo ; • Os participantes formam-se em grupos de 3/4 pessoas; • É realizada uma sondagem acerca da sua adesão terapêutica, contemplando a escolha múltipla, através de uma ficha para o efeito; • O participante deve responder consoante a sua realidade; • Posteriormente, todos devem partilhar a sua resposta, fazendo uma sondagem da resposta mais escolhida (diagnóstico da situação). 		Fichas Canetas Mesas Cadeiras	10 min.

Psicoeducação: Quizz	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores de risco ou facilitadores no âmbito da adesão terapêutica; • Identificar estratégias de adesão; • Estimular a concentração e raciocínio; • Melhorar a comunicação com a expressão oral; • Promover o espírito de equipa e socialização; • Estimular a motricidade fina. 	<ul style="list-style-type: none"> • É usado o programa Power Point para apresentação do “Quizz” acerca da temática; • Cada grupo terá de combinar a resposta que acham correta e partilhar, tentando acertar na escolha múltipla do “Quizz”; • Posteriormente é mostrada a resposta certa e fundamentada com um breve enquadramento teórico. 		Fichas Canetas Mesas Cadeiras Computador Dispositivo para projeção audiovisual	30 min.
Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer feedback dos participantes; • Promover a reflexão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha da experiência da sessão com exposição oral pelos participantes. 		Método expositivo	5 min.

Sondagem...

1 – Quando não tomo a medicação é por:

- a) Esquecimento
- b) Falta de dinheiro
- c) Não entender a prescrição
- d) Sentir-me melhor sem ela
- e) Descuido com as horas da toma
- f) Efeitos secundários

2 - Para mim a medicação é:

- a) Fundamental para o meu tratamento
- b) Não perceber porque a tenho de tomar
- c) como uma obrigação
- d) algo que não preciso para viver

3 – O efeito secundário que mais me preocupa é:

- a) sonolência
- b) sentir-me lento(a)
- c) boca seca
- d) tremores

4 – O que mais gosto quando tomo a medicação é:

- a) controlar a minha tristeza
- b) ter um sono mais tranquilo
- c) conseguir estar melhor na relação com o outro
- d) controlar a minha ansiedade

Quizz “Adesão Terapêutica”

1) O cumprimento da terapêutica ou a adesão à terapêutica querem dizer a mesma coisa e por isso são sinónimos.

Verdadeiro _____

Falso _____

2) Frequentemente, quando alguém não toma a sua medicação, pode ser porque:

- a) Não quer sentir-se melhor
- b) acredita que não está doente
- c) resposta b) e d)
- d) não gosta de sentir efeitos secundários
- e) Não gosta do sabor dos comprimidos

3) Quando sinto efeitos secundários da minha medicação, o que devo fazer é:

- a) Parar de tomar a medicação
- b) Contatar o médico
- c) Tomar outro medicamento diferente
- d) Diminuir a dose do medicamento

4) A D. Maria descobriu que tem doença Bipolar. O seu médico prescreveu uma guia de tratamento, pelo que tinha de cumprir 5 medicamentos diferentes. Como a D. Maria começou a tomar a medicação, passado 1 mês começou a sentir que a sua doença apresentava-se melhor controlada. A certa altura, a D. Maria começou a sentir-se muito feliz, e deixou de tomar a sua medicação. Começou a comportar-se de forma mais estranha e as pessoas começaram a afastar-se de si. O que é que a D. Maria devia ter feito?

- a) Procurar ser internada.
- b) Procurar ajuda da equipa de saúde.
- c) Nunca ter deixado de tomar a sua medicação.
- d) Substituir a sua medicação por suplementos naturais.

5) Para um tratamento eficaz devo:

- a) Cumprir a prescrição da terapêutica
- b) Criar rotinas
- c) Comparecer às consultas
- d) Todas as respostas anteriores

6) Para ajudar a ter um sono tranquilo o que devo fazer, em primeiro lugar é:

- a) recorrer a um SOS caso a medicação não faça efeito
- b) uma técnica de relaxamento, como controlar a respiração
- b) fazer exercício físico
- c) beber bebidas alcoólicas ou café

7) Para evitar o esquecimento de tomar a medicação devo

- a) usar estratégias como lembretes (alarmes, post-it's...)
- b) pedir a alguém que o faça por mim
- c) organizar medicação por horário de refeição
- d) respostas a) e c)

8) Preste atenção ao seguinte esquema terapêutico do Cliente:

	Pequeno - almoço	Almoço	Lanche	Jantar
Inderal	1			1
Ácido Valpróico	1		1	
Risperidona		1		
Diazepam				1
Olanzapina	1		1	

Qual das medicações o Cliente deve fazer ao lanche?

A Adesão Terapêutica na Saúde Mental do paciente

Orientação pelos enfermeiros especialistas:
- Bóbo José
- Vera Teixeira

Aluna de medicina: Sara Martins

2020

Adesão Terapêutica

Objetivos

- Promover a adesão terapêutica;
- Identificar fatores de risco para a não adesão terapêutica;
- Identificar fatores facilitadores para a sua adesão;
- Identificar estratégias de adesão.

Adesão Terapêutica

CUMPRIMENTO TERAPÊUTICO

- Consiste na mera obediência da parte do paciente em relação a indicações médicas, sendo-lhe imputada toda a responsabilidade pelos desvios que possam ocorrer face à prescrição.

ADESÃO TERAPÊUTICA

- Deve ser entendida como um sinónimo de concordância e responsabilização do paciente, com a equipa de saúde, em que o mesmo compreende e aceita voluntariamente o seu tratamento.

Quiz “Adesão Terapêutica”

2) Frequentemente, quando alguém não toma a sua medicação, pode ser porque:

- Não quer sentir-se melhor
- acredita que não está doente
- resposta b) e d)
- não gosta de sentir efeitos secundários
- Não gosta do sabor dos comprimidos

Adesão Terapêutica

A **Não Adesão Terapêutica** é influenciada por vários fatores de risco:

- O esquecimento;
- Ausência de consciência ou ideias erradas acerca do seu problema de saúde;
- O esquema terapêutico instituído como redutor/restritivo aos hábitos de vida;
- Os efeitos secundários da medicação;
- Acreditar que se de vez em quando não fazer as tomas, não faz mal;
- A falta de motivação;

Adesão Terapêutica

- Capacidades cognitivas e psicológicas alteradas;
- A perspectiva passiva do paciente, não assumindo a responsabilidade de si;
- A situação económica que não permite comprar a medicação;
- Informação insuficiente e/ou não adequada por parte dos profissionais de saúde;
- Pouco apoio familiar ou de amigos;
- A polimedicação;
- O facto de ter de alterar hábitos de vida, como ter de parar de ingerir bebidas alcoólicas;
- O nível de escolaridade do paciente.

Quiz “Adesão Terapêutica”

3) Quando sinto efeitos secundários da minha medicação, o que devo fazer é:

- Parar de tomar a medicação
- Contatar o médico
- Tomar outro medicamento diferente
- Diminuir a dose do medicamento

Quiz “Adesão Terapêutica”

4) A D. Maria descobriu que tem doença Bipolar. O seu médico prescreveu uma guia de tratamento, pelo que tinha de cumprir 5 medicamentos diferentes. Como a D. Maria começou a tomar a medicação, passado 1 mês começou a sentir que a sua doença apresentava-se melhor controlada. A certa altura, a D. Maria começou a sentir-se muito feliz, e deixou de tomar a sua medicação. Começou a comportar-se de forma mais estranha e as pessoas começaram a afastar-se de si. **O que é que a D. Maria devia ter feito?**

- Procurar ser internada.
- Procurar ajuda da equipa de saúde.
- Nunca ter deixado de tomar a sua medicação.
- Substituir a sua medicação por suplementos naturais.

Quiz “Adesão Terapêutica”

5) Para um tratamento eficaz devo:

- Cumprir a prescrição da terapêutica
- Criar rotinas
- Comparecer às consultas
- Todas as respostas anteriores

Adesão Terapêutica

Outras responsabilidades na adesão terapêutica:





Quiz “Adesão Terapêutica”

6) Para ajudar a ter um sono tranquilo o que devo fazer, em primeiro lugar é:

- a) recorrer a um SOS caso a medicação não faça efeito
- b) uma técnica de relaxamento, como controlar a respiração ←
- c) fazer exercício físico
- d) beber bebidas alcoólicas ou café



Adesão Terapêutica

Quais os fatores facilitadores para a adesão terapêutica?

- O nível de informação recebida (adequada);
- A confiança e relação com os profissionais de saúde;
- A capacidade cognitiva;
- A auto-responsabilização (participação ativa);
- A motivação;
- Bom suporte familiar ou outras pessoas significativas;
- Experiências positivas passadas r/c medicação;
- Reconhecer que precisa de ajuda ou que tem uma doença.



Adesão Terapêutica

Benefícios da medicação no controlo de sintomas, como por exemplo:

- ☐ Reduzir alucinações e delírios;
- ☐ Controlar o comportamento;
- ☐ Organizar o pensamento e discurso;
- ☐ Prevenir insónias;
- ☐ Reduzir ansiedade e a irritabilidade;
- ☐ Estabilizar o humor...



Quiz “Adesão Terapêutica”

7) Para evitar o esquecimento de tomar a medicação devo

- a) usar estratégias como lembretes (alarmes, post-it's...)
- b) pedir a alguém que o faça por mim
- c) organizar medicação por horário de refeição
- d) respostas a) e c) ←



Quiz “Adesão Terapêutica”

8) Preste atenção ao seguinte esquema terapêutico do paciente:

	Pequeno - almoço	Almoço	Lanche	Jantar
Inderal	1			1
Ácido Valpróico	1		1	
Risperidona		1		
Diazepam				1
Olanzapina	1		1	



Quiz “Adesão Terapêutica”

8) Qual das medicações o paciente deve fazer ao lanche?

Resposta: **Ácido Valpróico e Olanzapina.**



Conclusão



Adesão terapêutica

- Envolvimento ativo, responsável, flexível e voluntário do doente na gestão da sua doença...
- ...traduz-se na autonomia que tem no controlo da sua doença, em colaboração com a equipa de saúde...
- ...com base num processo de negociação e responsabilidade partilhada...
- ...tendo em conta os seus interesses e as suas necessidades.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Plano de Sessão – “Quizz adesão terapêutica”

Os objetivos iniciais foram globalmente atingidos. O grupo foi constituído por 12 participantes, pertencendo aos critérios de inclusão definidos inicialmente.

Na primeira fase, na sondagem, todos os elementos responderam à ficha individual. Alguns participantes (“M”, “I”, “L”, “N”) afirmaram que teriam escolhido mais que uma resposta de escolha múltipla, principalmente na questão nº1. As respostas que surgiram com mais frequência na “sondagem” foram que não tomam a medicação por “esquecimento”, que a maioria dos participantes reconhecem que a medicação é fundamental para o seu tratamento, sendo que a utente L. respondeu que não sabe porque a tem de tomar, no entanto reconheceu que após um período sem tomar, que se sentiu agravamento da sintomatologia, voltando a aderir à terapêutica. O participante “E”. respondeu na “sondagem” não tomar a medicação por falta de dinheiro. Referiram que os efeitos secundários mais preocupantes são a sonolência, tremores e a lentificação. Responderam que o que mais gostam quando tomam a medicação é “conseguir estar melhor na relação com o outro”.

Na segunda parte da sessão foram apresentados slides com questões de escolha múltipla de resposta em grupo, verificando-se que optaram por responder, maioritariamente, de forma individual. Os participantes mostraram-se, globalmente, cooperantes e interativos. O novo elemento, “R”, apresentou-se com postura retraída, não conseguindo visualizar os slides devido ao seu problema ocular, pelo que foram realizadas todas as questões oralmente. O participante “E” apresentou-se numa postura de “retirada” do grupo com dificuldade em interagir com o mesmo, porém, aparentemente interessado na temática e apresentação. O participante “L” apresentou discurso com fuga de ideias, tentando intervir com temas sem estarem relacionados com a temática principal, com necessidade de ser chamado à realidade. O participante “F” e “A” tiveram algumas dificuldades na concentração durante a sessão, no entanto, foram estimulados a participar. Os restantes elementos do grupo apresentaram-se participativos e com comportamento adequado.



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em
Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiatria:
Psicoeducação**

Aluna de Mestrado: Sara Martins nº 8906

Professor Orientador: Professor Doutor António Nabais

Caraterísticas do grupo-alvo
O grupo-alvo é constituído por utentes, com faixa etária dos 20 aos 67 anos, de ambos os sexos, na fase adulta, em processo de reabilitação da sua doença do foro psiquiátrico. Encontram-se em programa de intervenção sócio ocupacional e apresentam défice de informação, nomeadamente, acerca da importância de uma alimentação saudável na promoção da sua saúde mental.
Diagnóstico de enfermagem do grupo-alvo
Conhecimento comprometido
Objetivos gerais e específicos
<p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumentar o conhecimento através de uma sessão de Psicoeducação acerca da temática “Alimentação Saudável na Saúde Mental”. <p>Como objetivos específicos pretendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecer previamente o padrão alimentar dos participantes; Elucidar acerca da temática, nomeadamente, benefícios e hábitos de uma alimentação saudável; Reconhecer a alimentação saudável como um dos principais determinantes na saúde mental; Estimular a concentração e raciocínio; Melhorar a comunicação com a expressão oral; Promover o espírito de equipa e socialização; Estimular motricidade fina, através da expressão escrita, recorte e colagem; Promover reflexão crítica.
Dados da Sessão “Alimentação Saudável na Saúde Mental”
<p>Horário: Janeiro de 2020</p> <p>Duração: 1 hora, 12h00-13h00</p> <p>Local: Sala de atividades</p> <p>Terapeuta: Enfermeira Sara Martins</p> <p>Co-Terapeuta: EESMP</p>

Plano de Sessão – “ Alimentação Saudável na Saúde Mental”					
Etapas	Objetivos específicos	Intervenção/Ações	Recursos Humanos	Recursos Materiais/ Metodologia	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação/ Conhecimento entre o grupo; • Esclarecimento da atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar as normas durante a sessão; • Explicação breve da atividade; • Incentivar a participação do grupo e modelação de um comportamento adequado. 	Terapeuta: Enf. Sara Martins Co-terapeuta: EESMP	Método expositivo	5 min.
Psicoeducação: Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação ao espaço; • Formação de grupos de trabalho; • Conhecer previamente o padrão alimentar dos participantes; • Planear refeições com alimentos através de revistas; • Estimular a concentração e raciocínio; • Melhorar a comunicação com a expressão oral; • Promover o espírito de equipa e socialização; 	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes formam-se em grupos de 3/4 pessoas; • A cada grupo é entregue o respetivo material; • Devem preencher o cabeçalho com os nomes dos participantes; • O grupo deve discutir entre si quais os alimentos mais saudáveis a selecionar, enquanto consultam as revistas; • Cada grupo deve recortar os alimentos selecionados existentes nas revistas que considera mais saudáveis; • Posteriormente, devem colar os 		Folhas Revistas Colas Canetas Tesouras Mesas Cadeiras	20 min.

	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular motricidade fina, através da expressão escrita, recorte e colagem; • Promover reflexão crítica. 	respetivos alimentos em cada refeição solicitada nas folhas, de modo a formar uma refeição saudável (pequeno-almoço; almoço; lanche; jantar).			
Psicoeducação: Alimentação Saudável na Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a concentração e raciocínio; • Elucidar acerca da temática, nomeadamente, benefícios e hábitos de uma alimentação saudável; • Reconhecer a alimentação saudável como um dos principais determinantes na saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • É usado o programa Power Point para apresentação da temática; • É usada uma linguagem simples e acessível à população-alvo, à medida que é realizada explicação pelo terapeuta. 		Mesas Cadeiras Computador Dispositivo para projeção audiovisual	20 min.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer feedback dos participantes; • Esclarecimento de dúvidas; • Promover a reflexão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes de cada grupo devem apresentar o trabalho realizado aos restantes grupos; • É dada abertura a partilha de ideias entre os grupos; • Realizado reforço positivo pelas participações. 		Método expositivo	15 min.



Alimentação Saudável na Saúde Mental

EESMP Orientador: Simão José

Aluna de mestrado: Sara Martins

1, 2020

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



Alimentação Saudável na Saúde Mental

Objetivos principais

- Aumentar o conhecimento através de uma sessão de Psicoeducação sobre a temática "Alimentação Saudável na Saúde Mental".
- Elucidar acerca da temática, nomeadamente, benefícios e hábitos de uma alimentação saudável;
- Reconhecer a alimentação saudável como um dos principais determinantes na saúde mental.

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



Alimentação Saudável na Saúde Mental

• O QUE É A SAÚDE MENTAL?



Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



Alimentação Saudável na Saúde Mental

Estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, fazendo face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade em que se insere.

(OMS, 2011)

O desempenho com sucesso das funções mentais demonstrado por atividades produtivas, relações satisfatórias com outras pessoas e a capacidade de se adaptar à mudança e de lidar com a adversidade.



(APA - American Psychiatric Association, 2003)

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



Alimentação Saudável na Saúde Mental

Algumas bactérias produzem triptofano, o aminoácido precursor da **Serotonina**. Percebe-se que os probióticos, encontrados em iogurtes, queijos, entre outros, também tem um importante papel na saúde mental.



banana, ovo, leite, chocolate amargo, queijo, amêndoas, arroz integral, mel, feijão e amendoim

alimentos ricos Triptofano (aminoácido)

Controlam Serotonina: proporcionar sensações de bem estar.

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



Alimentação Saudável na Saúde Mental



Frutas: laranja, limão, goiaba, kiwi
Verduras: couve e bróculos

alimentos ricos Vitamina C

Controlam sintomas de depressão e ansiedade

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



(DGS, 2018)

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



Alimentação Saudável na Saúde Mental

- **Fruta e verduras:** fornecem-nos vitaminas, minerais, fibra e açúcares naturais. Deve comer tanta fruta e verduras da estação quanto possível todos os dias.
- **Cereais:** trigo, arroz, aveia, milho, cevada ou outros grãos → contêm hidratos de carbono, que são a tua principal fonte de energia.
- **Tubérculos:** batatas, mandioca → fonte de hidratos de carbono, vitaminas e minerais.

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



Alimentação Saudável na Saúde Mental

- **Leguminosas e frutos de casca rija:** leguminosas (ervilhas frescas, feijões ou lentilhas), frutos de casca rija, sementes e produtos de soja → fontes de proteínas + fibra + pouca gordura + outros minerais e vitaminas essenciais.

- **Carne, peixe e ovos:** carnes, peixe, marisco e ovos, pertence a este grupo → ferro e proteínas, que são o que dá força e ajudam a reparar o corpo quando nos magoamos.

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



Alimentação Saudável na Saúde Mental

- **Laticínios:** produzidos a partir do leite e incluem leite, queijo, iogurte, soro de leite coalhado → cálcio, proteína e gordura.

- **Gorduras e óleos:** o corpo necessita da quantidade e tipo certos de gorduras e óleos para ser saudável. Escolher óleos vegetais, manteigas vegetais e abacate em vez de gorduras da carne, manteiga, natas ou óleo de palma e evitar alimentos fritos que têm muita gordura.

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020



Alimentação Saudável na Saúde Mental

HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

ÁGUA - bebida de eleição. Consuma-a em abundância (1,5L), ao longo de todo o dia e não apenas quando tem sede → Hidratação



Alimentação variada!

Pequeno-almoço completo!



Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020

12



Alimentação Saudável na Saúde Mental

Evitar estar mais de 3 horas sem comer → Fazer pequenas merendas entre as três principais refeições e se sentir necessidade, faça uma pequena ceia antes de deitar.

Reduzir o consumo de sal: Cozinhe com pouco sal → usar ervas aromáticas e especiarias para temperar.

Limitar a ingestão de alimentos salgados (ex: produtos de charcutaria, salsicharia, determinados queijos, alimentos muito processados, caldos concentrados, alimentos tipo fast-food, etc...).



Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020

13



Alimentação Saudável na Saúde Mental

- Fazer cerca de **5 a 6 refeições** por dia.
- Mastigar** os alimentos devagar e num ambiente calmo.
- Evitar o consumo de açúcar ou gordura** (bolos, doces, rebuçados, chocolates, batatas fritas, pizzas e refrigerantes).
- Aliar uma alimentação saudável a uma prática diária de **atividade física** moderada.



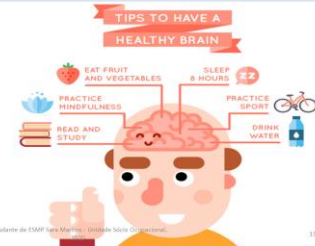
Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020

14



Alimentação Saudável na Saúde Mental

CONCLUSÃO



Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020

15



Alimentação Saudável na Saúde Mental

"Que o seu remédio seja o seu alimento, e que o seu alimento seja o seu remédio".

(Hipócrates)

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020

16



Bibliografia

- American Psychiatric Association (2003). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Direção Geral de Saúde. (2018). Disponível em: <https://www.dgs.pt/>
- OMS. (2011). *Relatório mundial da Saúde mental*.

Estudante de ESMP Sara Martins - Unidade Sócio Ocupacional, 2020

17

RESULTADOS

(Fase do aquecimento)



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Plano de Sessão – “ Alimentação Saudável na Saúde Mental”

Os objetivos foram atingidos. O grupo foi constituído por 11 participantes, pertencendo aos critérios de inclusão definidos inicialmente.

O grupo, globalmente, manifestou uma participação ativa e com comportamento ajustado. Apesar de terem seguido todas as indicações, de uma forma geral, foi verificada necessidade de orientação na escolha dos vários alimentos para construção das respetivas refeições.

O participante “J” apresentou-se motivado, participou ativamente na sessão, interagindo espontaneamente durante toda a sessão, com necessidade de mediação. O participante “V” apresentou-se aparentemente com atenção captada mas com necessidade de incentivo para colaborar com o grupo na atividade de seleção dos alimentos e recorte mas com necessidade de ser orientado, pouco investido. Durante a apresentação do PP, apresentou-se com atitude pouco disponível, desenhando. O participante “M” e “A” apresentaram-se aparentemente atentos com postura mais retraída. A participante “L” apresentou-se motivada, com dificuldade em seguir algumas indicações, com períodos de desconcentração, tentando abordar outros temas do seu interesse pessoal com técnicos e grupo de pares, com necessidade de ser chamada à realidade por algumas vezes. Os participantes “M”, “A” e “O”, apresentaram-se participativos ativamente, com atenção captável, seguindo todas as indicações com sucesso. O participante “A” apresentou-se com dificuldade em manter-se atento e concentrado durante toda a sessão com necessidade de ser incentivado. Esteve próximo do grupo de pares mas sem interagir espontaneamente durante a construção da refeição. O participante “M” apresentou-se aparentemente atenta, próxima do grupo de pares a interagir quando interpelada, cooperando na atividade, no entanto com alguma necessidade de orientação.

**APÊNDICE 8 – Técnica de Intervenção Socioterapêutica em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria: Estimulação Cognitiva**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Técnica de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Estimulação Cognitiva

Aluna de Mestrado: Sara Martins nº 8906

Professor Orientador: Professor Doutor António Nabais

Caraterísticas do grupo-alvo
<p>O grupo-alvo (grupo B) é constituído por utentes, com faixa etária dos 20 aos 67 anos, de ambos os sexos, na fase adulta, em processo de reabilitação da sua doença do foro psiquiátrico. Encontram-se em programa de intervenção sócio ocupacional e apresentam alterações da cognição, motivado pelo curso natural da doença.</p>
Diagnóstico de enfermagem do grupo-alvo
<p>Cognição comprometida Comunicação comprometida</p>
Objetivos gerais e específicos
<p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover a estimulação cognitiva. <p>Como objetivos específicos pretendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar para a realidade; Estimular a concentração e raciocínio; Melhorar a comunicação com a expressão oral; Promover o espírito de equipa e socialização; Estimular motricidade fina, através da expressão escrita; Promover reflexão crítica.
Dados da Sessão “Notícias do dia”
<p>.</p> <p>Horário: Janeiro de 2020</p> <p>Duração: 50 minutos (11h-11h50)</p> <p>Local: Sala de atividades</p> <p>Terapeuta: Enfermeira Sara Martins</p>

Plano de Sessão – “Notícias do dia”					
Etapas	Objetivos específicos	Intervenção/Ações	Recursos Humanos	Recursos Materiais/ Metodologia	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento da atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar ao grupo as normas durante a sessão; • Explicação breve da atividade; • Incentivar a participação do grupo e modelação de um comportamento adequado. 	Terapeuta: Enf. Sara Martins Co-terapeuta: EESMP	Método expositivo	5 min.
Quebra Gelo	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação/Conhecimento entre o grupo; • Adaptação ao espaço; • Formação dos grupos de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada participante apresenta-se ao grupo; • Cada participante irá tirar do saco um papel que corresponde a um número; • O número, por sua vez, corresponde a uma notícia, pelo que será a mesma a ser trabalhada; • Os números iguais são agrupados, formando um grupo de participantes; • Cada grupo elege um porta-voz. 		Folhas Envelope	10 min.
Análise	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das notícias através de uma grelha. • Estimular a atenção e concentração; • Estimular a capacidade de síntese; 	<ul style="list-style-type: none"> • As notícias serão distribuídas aos grupos formados; • Cada grupo analisa a notícia e discute-a entre o mesmo; • Devem preencher a ficha de análise; 		Fichas de análise Notícias imprimidas	25 min.

	<ul style="list-style-type: none"> Promover a interação grupal; Estimular motricidade fina. 	<ul style="list-style-type: none"> Posteriormente, o porta-voz do grupo deve apresentar para os restantes grupos, de acordo com a sua ficha. 		Canetas	
				Mesas	
				Cadeiras	
Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer feedback dos participantes; Promover a partilha de opinião entre os grupos; Promover reflexão crítica 	<ul style="list-style-type: none"> Devolver reforço positivo ao grupo; Lançadas perguntas, a título de reflexão final (ex: “qual a notícia com maior impacto nas nossas vidas? Porquê? ...Será que não temos benefício em estruturar/organizar o nosso pensamento e ações?”) Partilha da experiência da sessão com exposição oral pelos participantes. 		Método expositivo	10 min.

ANÁLISE DE NOTÍCIA

TÍTULO
TEMÁTICA (política, desporto, etc...)
PALAVRAS-CHAVE
ASSUNTO
ONDE ?
QUEM ESTÁ ENVOLVIDO?

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Plano de Sessão – “Notícias do dia”

Os objetivos iniciais foram atingidos de uma forma geral. O grupo foi constituído por 12 participantes, pertencendo aos critérios de inclusão definidos inicialmente. Verificou-se que existiram alguns participantes que assumiram uma postura menos ativa, com necessidade de incentivo e estimulação para a interação grupal.

Os participantes “L”, “H” e “P”, foram os porta-voz eleitos pelo grupo, sendo que a participante “L” voluntariou-se. De um modo global, o grupo apresentou-se colaborante, cumprindo com o que era estipulado e apresentando um comportamento ajustado. A participante “A” apresentou uma postura retraída, pouco ativo na atividade com necessidade de incentivo para colaborar com o grupo; A participante “L” e “E”, no momento da partilha por terem apresentado opiniões divergentes, expressas por um comportamento comunicacional agressivo, foi necessária mediação por técnicos. A participante “L” apresentou-se com alguma dificuldade em compreender o que era pedido na ficha de análise, necessitando de apoio. A participante “M” apresentou-se com postura onipotente durante o grupo, com discurso divergente acerca de assuntos extra-atividade com necessidade de mediação. É de referir que a participante “Z” faltou à atividade por não ter comparecido neste dia.

Os restantes participantes participaram, com interações positivas, entre o grupo.

Identificação de Fatores de Risco Clínico

Risco Suicidário		/ /	/ /	/ /	/ /
1. Tentativa de Suicídio	Disruptiva (impulsiva com método grave)				
	Recorrente				
2. Manutenção de Ideação Suicida					
3. Elevada letalidade do ato (método agressivo e/ou planejado; intenção de morte expressa ou inferida)					
4. Perturbação do humor, ou elevada impulsividade, psicoses.					
5. Disfunção familiar grave e/ou história familiar de l. Suicídio ou suicídio					
6. Perdas afetivas importantes por morte ou término de relação de suporte afetivo fundamental					
7. Problemas de socialização graves/isolamento social					
8. Sentimentos de desespero, falta de esperança e baixa de autoestima marcada					
9. História de abuso do menor, consumo de substâncias					
10. Sexo masculino					
Risco (MA/A/M/B)					

Autoagressividade		/ /	/ /	/ /	/ /
1. História de comportamentos de auto agressão mantidos e recorrentes					
2. Comportamentos de autoagressão e existência de patologia psicótica, da personalidade ou debilidade mental					
3. Comportamentos de autoagressão com risco de suicídio					
Risco (MA/A/M/B)					

Violência		/ /	/ /	/ /	/ /
1. Expressão facial tensa, tom de voz alto e rápido, olhar fixo e ameaçador ou evitamento do contato ocular com observador					
2. Postura tensa/ameaçadora (punhos, dentes cerrados)					
3. Agitação motora excessiva/movimentos agressivos (pontapés, murros a objetos)					
4. Agressividade e/ou ameaças verbais: (sarcasmo, ridicularização, referências menos abonatórias às diferenças, comentários de menosprezo, desconfiança, desafio)					
5. Contestação e quebra frequente e mantida das regras do Serviço					
6. Percepções delirantes de cariz paranoide					
7. Ameaça de agressividade física dirigida a objetos ou a pessoas					
8. Agressividade expressa, física, dirigida a objetos ou a pessoas					
Risco (MA/A/M/B)					

Risco de Fuga		/ /	/ /	/ /	/ /
1. Pouca consistência na adesão da criança e/ou família ao projeto terapêutico					
2. História prévia de "fugas"					
3. História prévia de comportamentos aditivos.					
Risco (MA/A/M/B)					

Risco de Reações Adversas à Medicação		/ /	/ /	/ /	/ /
1. História prévia					
2. Baixa adesão ao regime terapêutico					
Risco (MA/A/M/B)					

Riscos Associados Patologia Orgânica		/ /	/ /	/ /	/ /
Tipo de Risco					
Risco (MA/A/M/B)					

Legenda:

- **Risco de suicídio**

Muito Alto – 1, 2 + 2 + 3

Alto – 1 associado a outro critério

Médio – somente um critério

Baixo – nenhum critério

- **Risco de autoagressividade**

Muito Alto – 3 critérios

Alto – 2 critérios

Médio – 1 critério

Baixo – nenhum critério

- **Risco heteroagressividade**

Muito Alto – 3 + 5 + 8 (basta ter o 8)

Alto – 7 + 6 e/ou +1

Médio – somente um critério exceto o 8

Baixo – nenhum critério

- **Risco Fuga**

Muito Alto – 3 critérios

Alto – 2 critérios

Médio – 1 critério

Baixo – nenhum critério

- **Risco de Reações adversas**

Alto – 2 critérios

Médio – 1 critério

- **Risco associados a patologia orgânica**

Definido de acordo com Pediatria

DECLARAÇÃO

Declara-se que **SARA ISABEL GUERRILHA MARTINS** frequentou a Acção de Formação
"Cuidar do Adolescente com Distúrbios da Alimentação e da Ingestão" realizada
no dia **24 de Outubro de 2019**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 10 de Dezembro de 2019